الجمهوريـــة الجزائريـــة الديمقراطيـــة الشعبيـــة
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعـة محمـد خيضر- بسكرة

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير
قسم العلوم الاقتصادية

تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية
دراسة حالة : مستشفى بشير بن ناصر- بسكرة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية
تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة

إعداد الطالبة:
نادية خريف

إشراف الدكتور:
ميلود تومي

لجنة المناقشة

د/ مفيـدة يحيـاوي ......أستاذة محاضرة.......جامعة بسكرة.......رئيـــــسا
د/ ميلـود تـومـي......أستاذ محاضـر.......جامعة بسكرة.......مشـرفا ومقررا
د/ سلالي يحضيــه ......أستاذ محاضـر.......جامعة ورقلـة.......ممتـــــحنا
د/ بشيـر بن عيشي ......أستاذ محاضـر.......جامعة بسكرة........ممتـــــحنا

السنة الجامعية :2007 / 2008

﴿إن الله لا يغير ما بقوم

حتى يغيروا ما

بأنفسهم﴾

سورة الرعد: من الآية 11

﴿وقل اعملوا فسيرى الله

عملكم ورسوله

والمؤمنون﴾

سورة التوبة: من الآية 105

إهداء

أهدي هذا الجهد لمن كان لهما الفضل علي بعد الله سبحانه وتعالى

والدي ووالدتي الغاليين **اللذين وفّرا لي جميع الظروف المساعدة للوصول إلى هذه**

المرحلة العلمية ولإنجاز هذا العمل، وإني مهما فعلت سأبقى عاجزة عن رد الجميل لهما سائلة الله أن يوفقني ويعينني في برهما

أطال الله في عمرهما وحفظهما وجزاهما عني كل خير

إلى إخوتي الأعزاء الذين عاشوا معي هذا المشوار

وفقهم الله جميعا

إلى **إسراء**

إلى جميع أقاربي

إلى الذين وقفوا بجانبي و انتظروا بشوق و شغف رؤية هذا اليوم

إلى كل من ارتبطت بيني و بينهم مودة. . .

إلى زملاء الدراسة وأخص دفعة

ماجستير اقتصاد وتسيير المؤسسة

إلى كل من لم يسعفني الحظ في ذكره

وإلى كل من يؤمن بأن بذور نجاح التغيير هي في ذواتنا

و في أنفسنا قبل أن تكون في أشياء أخرى. . .

و كل من عمل وأتقن وجعل الجودة شعاره

ناجية

شكر وعرفان

بعد الحمد والشكر Ŷ اǄǂ أعانني **ومكنني مـǅ إنجـاز ǃǄا العمـǈ ǆـما كـǅǃ لشيƅ**
ǅǆ يجـرة ǆǎي ملكـǃ إǉ بمشيئتـǃ جـǈ شـǊǃ

أقدم جزيل شكري وامتناني واعتزازي لأستاذي **الدكتور/ تومي ميلود** المشرف على هذا البحث على ما قام به من جهد صادق في توجيهي، وعلى مساعدته ودعمه لي من بداية التفكير في موضوع البحث إلى إنهائه، وعلى حرصه الشديد ونصائحه القيمة التي لم يتأخر لحظة بها وعلى متابعته الحثيثة واهتمامه الشخصي بكل الطلبة

فمهما شكرته لن أوفيه حقه

فمعذرة أستاذ

ولا أنسى كل من ساعدني مشكورا من موظفي **مستشƿǄ بشير بǅ ناǏر** وأخص بالذكر **الطبيƒ عساسي عبد الرحمǅ** الذي سهل لي إجراءات الدخول، وشكر خاص لكل من **بǅ ǆرحا ǃ عبد المنعم وبسي تمر الزماǅ** على اهتمامهما ومجهوداتهما التي لم يبخلا بها وعلى سخائهما في تقديم المعلومات و الوثائق، كما لا أنسى **عومارة ǎ محمد**

كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى :

جميع أساتذتي بكلية العلوم الاقتصادية وأخص بالذكر **الدكتور / رحماني موسى** على توجيهاته التي وسعت من آفاق البحث

إلى الأستاذة **العلواني عديلة**

جميع الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الموقرين على منحي شرف مناقشتهم لي وإبداء ملاحظاتهم القيمة التي بها نستزيد

كل من ساهم في دعم هذا البحث من أساتذة وزملاء وموظفين ممن استفدت من آرائهم وتوجيهاتهم وملاحظاتهم أثناء مراحل إعداد البحث

فإلى هؤلاء جميعا أتقدم بجزيل شكري وتقديري وعرفاني بفضلهم متمنية للجميع التوفيق في حياتهم وأن يكتب لهم في ميزان حسناتهم

راجية من المولى عز وجل أن يكون هذا البحث نافذة لبحوث أخرى

الملخص

تعيش المؤسسة اليوم في عالم يشهد تغيرات بيئية عديدة، تزداد فيه المؤثرات من حيث الكم والنوع والسرعة، ويعتبر التغيير هو الثابت الوحيد، والتعامل معه مسألة مصيرية بالنسبة للمؤسسة وهذا ما يجعلها أمام تحديات ومتطلبات كثيرة ومواجهة منافسة شديدة على جميع المستويات... مما يفرض وجود إدارة للتغيير تتوفر على قدر معتبر من الكفاءة وتعمل على بذل جهود واعية ومتواصلة لمراقبة ورصد وتشخيص التغيرات البيئية الداخلية والخارجية وتخطيط التغيرات اللازمة لكي تتمكن من التكيف ومواكبة التطورات المستمرة، وكذلك الحفاظ على حصتها السوقية ثم توسيعها من خلال جذب عدد أكبر من الزبائن وكسب ولائهم، حيث أصبح الزبون يختار المنتجات ذات الجودة العالية.

ويعتبر الاهتمام بالجودة من أهم الاستراتيجيات لامتلاك وتطوير ميزة تنافسية، وتكتسب أهمية خاصة في مجال الرعاية الصحية، لكونها تتعلق بالإنسان وتلامس الجوانب الأكثر أهمية في حياته، وبالتالي فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى تحسين الجودة في خدماتها، خاصة بعد التقدم في العلوم والمعارف الطبية والتطور في الأجهزة والتقنيات، وانتشار تكنولوجيا التشخيص والعلاج عن بعد...

ولذا على المؤسسة الصحية التي لديها الرغبة في البقاء والريادة، أن تتوفر على إدارة للتغيير تسمح لها بتقديم خدمة عالية الجودة إرضاء لزبائنها ووفاء لمهمتها الإنسانية، وتحقيق الربح الذي تسعى إليه خاصة الخاصة منها، وتمكنها من مواجهة المنافسة.

ومن خلال هذا البحث نحاول معرفة ***تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية***.

الكلمات المفتاحية: التغيير إدارة التغيير، المؤسسات الصحية، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية.

Résumé

Les entreprises se trouve aujourd'hui, dans un monde qui connait de nombreux changements de l'environnement, le changement est la seule constante. Elles doivent en plus apprendre à se transformer et à changer pour faire face aux contraintes et opportunités pour confronter la forte concurrence à tous les niveaux. Ces efforts imposent un management du changement d'un degré élevé d'efficacité pour planifier, gérer, changer, contrôler et conduire les changements dans l'entreprise pour être en mesure de s'adapter et suivre le rythme de l'évolution continue, ainsi que de maintenir la part du marché, puis l'élargir en attirant un plus grand nombre de clients et obtenir leur satisfaction lorsque le client choisit les produits de la haute qualité, ce qui signifie que ça exige une plus grande attention à sa part de qualité des produits.

L'attention de la qualité est l'une de plus importants stratégies pour posséder et développer un avantage concurrentiel. Elle est d'une importance particulière dans le domaine de santé, qui se rapporte à l'homme et touche les aspects les plus importants de sa vie. Par conséquent les établissements de santé doivent assurer et améliorer la

qualité de leurs services, en particulier après les progrès de la science , l'évolution des connaissances et les équipements médicaux, les modernes techniques, la diffusion de la technologie du diagnostic et le traitement à distance...

Par conséquent, l'établissement de santé, qui a la volonté de la continuité et de l'excellence (de rester et de s'exceller), doit avoir un management du changement qui lui permet de fournir un service de la haute qualité pour satisfaire les clients(les patients), de répondre à sa mission humanitaire, et leur permettre d'affronter la concurrence.

Grâce à cette recherche, nous tentons de déterminer ***l'impact du management du changement sur la qualité du services(des soins) dans les établissements de santé***.
Mots clés : le changement, management du changement, établissements de santé, services des soins, qualité des soins.

Abstract

A companies today lives in a world of many environmental changes, where influences in terms of quantity quality, and speed are increasing. The change is the only constant. Then thy must increasingly learn to transform and change to meet the constraints and opportunities to confront the strong competition at all levels. These efforts require a management of change with a high degree of efficiency for the planning, administer, change, control and leader the changes in the companies to be able to adapt and keep pace to the continues developments, in addition to maintain its market share, then expanded it through attracting a great number of clients and get their satisfaction since they prefer the products of the highest quality, which means that it requires more attention to the quality products

The attention of quality is the most important strategy for possess and develop a competitive advantage. It is more interesting in the domain of health care, because it's relates to human and affects the most important aspects of his life. So the health care establishments must ensure and improve the quality of its services, especially after the progress of science, the evolution of knowledge and medical devices, the spread of technology for diagnosis and treatment at a distance…

Therefore, the health establishment, which has the desire to stay and to develop, must have a management of change which enables it to provide a service of high-quality to satisfy the customers (patients), to answer its humanitarian mission in a perfect way, and enable it to face a competition.

Through this research we trying to determine ***the impact of the change management on the quality service of establishment's health.***
keys words: change, management of change, establishment's health, health care, health care quality.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة

تعمل المؤسسة الاقتصادية في بيئة تتميز بالتغيرات السريعة المتلاحقة والتطورات المتعاقبة، تتضح مظاهرها في كافة المجالات، إذ أصبح التغيير هو الثابت الوحيد، وحالة مستمرة ومسألة مصيرية بالنسبة لها، وهذا ما يعني أن تعاملها معه لم يعد كماليا بل أصبح أمرا حتميا، ومصيرها مرهون بمدى قدرتها على التحول وفقا للمقتضيات المستجدة التي لا تترك مجالا للاختيار، إما السير معها ومجاراتها وربما تحقيق السبق في ذلك، وإما عدم مواكبتها وهو ما يعني الزوال والتلاشي، فلا مجال للوقوف موقف المتفرج، وهذا ما يعني أنه لا ضمانة في البقاء أو النمو، والنجاح أو التفوق إلا بالاعتماد على **إدارة التغيير** بوصفها الرؤية الواعية والخيار الرشيد في تسيير هذا الانتقال ومواجهة بيئة التغيير وما تأتي به من تطورات سريعة ومتنوعة لا يمكن التنبؤ بها في أكثر الأحيان، وتتوفر هذه الإدارة على قدر معتبر من الكفاءة في مجال التخطيط والتوجيه والتنسيق والرقابة...

إن المنافسة الشديدة التي تشهدها المؤسسات بمختلف أشكالها جعلتها تتسابق من أجل التكيف ومواكبة التطورات المستمرة، وجذب عدد أكبر من الزبائن وكسب رضاهم، حيث أثرت تلك التغييرات أيضا في أذواق الزبون واحتياجاته خصوصاً بعدما أصبح بإمكانه الاطلاع على مختلف المنتجات وخصائصها سواء ما يتعلق بالسعر أو الجودة أو الخدمات والمنافع التي تقدمها، من خلال وسائل الإعلام والاتصال وبالأخص شبكة الانترنيت، فأصبح يفاضل بينها ليس فقط على أساس السعر كما كان عليه في السابق وإنما يختار المنتجات ذات الجودة العالية.

ولذا على المؤسسة التي لديها الرغبة في البقاء والريادة، في محيط يتميز بالتحولات وشدة المنافسة البحث عن استراتيجيات ترتكز على تقديم قيمة أعلى للمستهلك، تسمح لها بالمنافسة واكتساب ميزة تنافسية بإيجاد أساليب إدارية تهتم بالجودة، هذه الأخيرة التي أصبح الاهتمام بها ظاهرة عالمية، واعتمادها أمرا ضروريا لما أثبتته التجارب العديدة من نجاح المؤسسات التي اعتمدتها كبرنامج عمل.

وتكتسب الجودة أهمية خاصة في مجال الرعاية الصحية، لأنها تتعلق بالإنسان، وتلامس الجوانب الأكثر أهمية في حياته، وبالتالي فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى ضمان وتحسين الجودة في خدماتها، خاصة بعد التقدم في العلوم والمعارف الطبية والاكتشافات العلمية المتلاحقة للحد من انتشار الأمراض ومعالجتها أو التي لم تكن معروفة في السابق والتي ضاعفت الضغوط المتزايدة أصلا عليها، التطور في الأجهزة والتقنيات، انتشار تكنولوجيا التشخيص والعلاج عن بعد...، انتشار المنافسة في الخدمات الصحية ما بين المراكز البحثية

والطبية والمستشفيات التعليمية والعلاجية خاصة داخل القطاع الخاص، وظهور المؤسسات المانحة للاعتماد والتي تضع معايير لتحسين الخدمة الصحية والأداء الجيد، فلم يعد هناك سبيل سوى الاهتمام ببرامج الجودة للتمكين من التميز والقدرة على المنافسة.

وبالتالي تصبح مسألة تطوير الخدمة أو البحث عن خدمات جديدة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة سرعة التغيير العلمي والتكنولوجي في مجال الطب، الذي يجعل بعض الخدمات الصحية المقدمة متقادمة بمرور الزمن، فضلا عن كون العديد من المؤسسات الأخرى تقوم بتقليد الخدمات الصحية الجديدة وبالتالي تفقدها ميزة الابتكار والتفرد، وتجاوبا لما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه خلافا لما يقدم له في المؤسسات الصحية الأخرى، فضلا عن كون هذه الخدمات الجديدة تمثل المجال الحيوي لنمو المؤسسة الصحية وبقائها مستمرة في تقديم الخدمات الطبية المختلفة وقدرتها على المنافسة، وهذا ما أوجب أن تكون هناك إدارة مسؤولة تقوم بمتابعة المتغيرات الداخلية والخارجية وإجراء الدراسات اللازمة ومنه إجراء التغيير المناسب من أجل التحسين المستمر في خدماتها الصحية والحصول على الجودة.

والمؤسسة الصحية الجزائرية كغيرها مطالبة بتحسين جودة خدماتها وتسخير كل إمكانياتها ومواردها بالقدر الذي يفي بالتزاماتها ويجعلها قادرة على الاستمرار والمنافسة، خاصة بعد انفتاح الجزائر على اقتصاد السوق والتحولات الجديدة التي عرفتها وإمكانية دخول الاستثمارات والشركات الأجنبية والإلغاء التدريجي لمجانية العلاج بتطبيق النظام الجديد للتسيير والتمويل (النظام التعاقدي)، أين يصبح للزبون (طالب الخدمات الصحية) حرية الاختيار بين المؤسسات الصحية، مع مطالبته بزيادة جودة الخدمات لتكون في مستوى الخدمات العالمية.

وانطلاقا مما سبق نتساءل:

ما تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية؟

ويمكن أن ندرج تحت هذا التساؤل عدة أسئلة فرعية منها:

- ما هي دواعي قيام المؤسسة بالتغيير؟ وما هي مراحله وأهم المجالات التي يمسها؟ وماهي أهم الأساليب التي تنتهجها إدارة التغيير؟
- ما هي أسباب مقاومة(رفض) الأفراد للتغيير؟ وكيف يتم التعامل مع هذه المقاومة من قبل الإدارة؟
- ما المقصود بجودة الخدمات الصحية وكيف يتم تقييمها؟ وما هي أهم الأساليب التي تنتهجها المؤسسات الصحية للوصول إلى خدمة ذات جودة؟
- كيف يمكن للمؤسسات الصحية أن تطور من منتجاتها بما يكسبها الحداثة في الخدمة الصحية؟ وما هي الصعوبات التي تواجهها أثناء إجراء عمليات التغيير وتحقيق الجودة؟

- ما هي التغييرات التي عرفتها المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر؟ وما هي المشاكل التي تعاني منها؟
- كيف يقيم المرضى الحاليين مستوى الخدمات المقدمة؟

فرضيات البحث:

ولمعالجة هذا الموضوع اعتمدنا الفرضيات التالية:

1- إن تبني المؤسسات الصحية لإدارة التغيير يساهم بالضرورة في تحسين جودة الخدمات.

2- التغيير الثقافي نحو مفهوم الجودة داخل المؤسسات الصحية هو ضمان للحصول على جودة الخدمات.

3- إن المرضى الحاليين راضين عن مستوى جودة الخدمات المقدمة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على كيفية إجراء التغيير داخل المؤسسات(مراحل التغيير).
- إبراز خصائص الإدارة الناجحة في عملية التغيير.
- توضيح أهمية إدارة التغيير ومدى مساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- لفت انتباه المسيرين في القطاعات والمؤسسات الصحية إلى ضرورة تحسين الخدمات عن طريق إجراء التغيير المناسب.
- تبيان المشاكل التي تعاني منها مؤسساتنا الصحية والتي تحول للوصول إلى الجودة وإمكانية إجراء التغيير المناسب، ومحاولة إيجاد بعض الحلول لذلك.
- قياس مستوى جودة الخدمات المقدمة في مستشفى بشير بن ناصر.
- المساهمة في ربط الجامعة بمحيطها الخارجي.

أهمية الموضوع:

جاء اختيارنا للموضوع انطلاقا من الاعتبارات التالية:

- حداثة الموضوع خاصة في حالة المؤسسات الصحية الجزائرية.
- أهمية إدارة التغيير داخل المؤسسات الصحية حيث أن نجاحها يرتبط بإدارة التغيير الفعالة ودورها في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية.

- أهمية الخدمات الصحية داخل المجتمع وتطورها السريع والمستمر بسبب الاكتشافات العلمية والتكنولوجية في مجال الطب للاستجابة الدائمة لمتطلبات الزبائن.
- ظهور ما يعرف اليوم بـ: "اقتصاد الصحة" لتوضيح الحلول المقترحة من طرف الاقتصاديين لحل المشاكل المطروحة في قطاع الصحة وزيادة الاهتمام بجانب الخدمات الصحية.

أسباب اختيار الموضوع:

- ميل شخصي ورغبة في مواصلة البحث والاستطلاع في مواضيع اقتصاد الصحة.
- التوجه نحو تسيير المنظومة الصحية الوطنية لانتهاج أسلوب جديد في تمويلها وتسييرها بما عرف بـ: "النظام التعاقدي" بهدف تحسين نوعية العلاج المقدم للمواطنين وتسهيل الإجراءات، التحكم في التكاليف، تخفيض النفايات الصحية...
- شعورنا بأهمية الموضوع في ظل الإصلاحات المتتالية التي تعرفها المنظومة الصحية الوطنية.
- النقص الكبير للجودة في الخدمات الصحية في معظم المؤسسات الصحية الجزائرية خاصة العمومية منها.

منهج الدراسة:

من أجل الدراسة المعمقة والتحليل الشامل لمختلف العناصر والمتغيرات المؤثرة في مفردات البحث الساعي إلى تبيان أهمية وتأثير إدارة التغيير على تحسين جودة الخدمات الصحية، اعتمدنا على **المنهج الوصفي التحليلي** المناسب لطبيعة الموضوع، فهو يمكن من وصف وتحليل الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة، كما يساعد على تجميع الحقائق وتبويبها وتحليلها، و**منهج دراسة حالة** الذي يمكن من التعمق في مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده أي الاطلاع على مدى واقع التغيير في المؤسسات الصحية من خلال الزيارات الميدانية للمؤسسة محل الدراسة، بالاعتماد على **الملاحظة واستعمال المقابلة والاستبيان** ودراسة وتحليل مختلف الوثائق والبيانات والمعطيات الفعلية، وهذا ما يجسد في نظرنا أحد دوافع دراسة هذا الموضوع المتمثل في إخراج البحث العلمي من المحيط الداخلي للجامعة إلى الميدان العملي.

هيكل البحث:

للإجابة عن الإشكالية المطروحة قسمنا البحث إلى مقدمة وثلاثة فصول وخاتمة.

حيث يحتوي الفصل الأول المعنون بـ: التغيير وإدارة التغيير على أربعة مباحث تتضمن في مجملها مفاهيم تتعلق بالتغيير أسبابه ومجالاته ومراحله، ومفاهيم تخص إدارة التغيير، ودور القيادة في ذلك، وأهم أساليب التغيير المتبعة وأخيرا مقاومة التغيير أسبابها وطرق علاجها...

أما الفصل الثاني المعنون بـ: جودة الخدمات الصحية وتأثير مظاهر التغيير عليها، فقسمناه إلى أربعة مباحث تتضمن خدمات المؤسسات الصحية، جودة الخدمات الصحية، مناهج جودة الخدمات الصحية، وأخيرا تأثير مظاهر التغيير في المؤسسة الصحية على جودة الخدمات.

ويتناول الفصل الثالث المعنون بـ: مدى تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بمستشفى بشير بن ناصر-بسكرة، والذي يمثل الدراسة التطبيقية أربعة مباحث تتضمن أولا التعريف بالمستشفى، ثم واقع التغيير به، استعراض نتائج الدراسة الميدانية(الاستمارات والمقابلة)، ومساهمة في تحسين مستوى الخدمات.

وأخيرا خاتمة تتضمن إجابة عن الإشكالية المطروحة من خلال التأكد من صحة الفرضيات، وأهم النتائج المتحصل عليها من الدراسة وبعض التوصيات.

الفصل الأول

التغيير
وإدارة التغيير

تمهيد:

يعد التغيير عنصرا مهما لنجاح المؤسسات في الوقت الحاضر، التي أصبحت من أهم مهامها تحقيق التكيف والتوافق مع المتغيرات السريعة والمتجددة، ويتعين عليها أن تتبنى اتجاهات إيجابية حيال مبدأ التغيير؛ للحفاظ على وضع جيد في الأسواق التي تتميز بالتنافس المستمر، ولا شك أن تجاهل أهمية التغيير وإهماله سيكون مكلفا جدا؛ لذلك أن إدارة التغيير تعلم المديرين كيف يتعاملون معه بشكل يجعله روتين حياتهم العملية بالتعرف المسبق على أسبابه، أنواعه، مصادره والمجالات الممكن التغيير فيها، وما هي الصعوبات التي من المحتمل أن يواجهوها وكيف يعالجوها...، مما يجعلهم يتقدمون على منافسيهم، فضلا عن كيفية تحديد الأساليب المناسبة لذلك ومن الممكن استباق التغيير من أجل بلوغ أسمى المراتب التنافسية والمحافظة عنها قدر الإمكان.

وسنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على جوانب إدارة عملية التغيير حيث قسمناه إلى ثلاث مباحث:

المبحث الأول: **التغيير.**

المبحث الثاني: **إدارة التغيير.**

المبحث الثالث: **مقاومة التغيير.**

المبحث الأول: التغيير:

سنحاول في هذا المبحث أن نتعرف على مفهوم التغيير، وما هي الأسباب والقوى التي تجعل من المؤسسة تقوم بالتغيير، والمجالات التي يمسها والمراحل التي يمر بها:

I- ماهية التغيير:

على كل مؤسسة أن توضح ماهية التغييرات التي ستقوم بها، وأن تحدد الأهداف المرجوة منها، والأسس التي ستعتمد عليها في ذلك، وما هو نوع التغيير الذي ستقوم به.

I-1- تعريف التغيير: يتداخل موضوع التغيير مع الكثير من المفاهيم والمصطلحات الأخرى، ومنها على سبيل المثال(التغير، التطوير، الإصلاح، التنمية)، فعرف على أنه "ذلك التغيير الذي يتم تصميمه وتطبيقه في المنظمة(المؤسسة) بشكل نظامي وفي التوقيت الملائم وذلك وفقا لتوقع حدوث بعض التغييرات في البيئة أو داخل المنظمة مقدما"[1] من خلال "إحداث تعديلات في أهداف وسياسات الإدارة أوفي عنصر آخر من عناصر العمل التنظيمي مستهدفة أحد أمرين أساسيين هما: ملاءمة أوضاع التنظيم وأساليب عمل الإدارة مع تغييرات وأوضاع جديدة...، أو استحداث أوضاع تنظيمية وأساليب إدارية وأوجه نشاط جديدة تحقق للتنظيم(المؤسسة) سبقا عن غيرها..."[2] وتلك التعديلات أو التغييرات تعتبر "العملية التي من خلالها يتبنى الفرد أو المجتمع أو المنظمة مجموعة معينة من القيم والمعارف أو التقنيات مقابل التخلي عن قيم ومعارف وتقنيات أخرى"[3] أي "هو الانتقال من مرحلة أو حالة غير مرغوبة إلى مرحلة أو حالة أخرى مرغوبة يفترض فيها أن تكون أكثر ايجابية وتلقى قبولاً لدى أغلبية العاملين في المنظمة"[4]

وقد يبدو مصطلح "**التغيير التنظيمي**"(organisationnel changement) قريب الشبه من مصطلح "**التطوير التنظيمي**" (organisationnel Développement) لكونهما يهدفان معا إلى تحسين مستوى الأداء على مستوى المؤسسات، غير أنهما يختلفان جذريا في منطلقاتهما وتقنياتهما وفي المرجعية الفكرية والعلمية التي يوظفانها في تحقيق هذا الهدف على الرغم من تداخل وتماثل بعض الآليات والتقنيات التي يستخدمانها ولكن بطرق مختلفة، فالتغيير التنظيمي قد يكون بذاته آلية وتقنية في عملية التطوير التنظيمي التي لا يمكن أن يقتصر نطاقها على مجرد إحداث التغييرات حتى لو كانت واسعة أو جذرية، إلا أنهما يلتقيان في كونهما يسعيان إلى التحول من واقع قائم إلى

---

[1] مصطفى محمود أبو بكر، *التنظيم الإداري في المنظمات المعاصرة*، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003/2002، ص308.

[2] علي السلمي، *تطور الفكر التنظيمي*، دار غريب، القاهرة، مصر، دت، ص256.

[3] محمد إسماعيل بلال، *إدارة الموارد البشرية*، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص170.

[4] علي بن أحمد السبتي، *إدارة التغيير ومتطلبات التطوير التنظيمي*، من موقع http://www.alriyadh.com ، بتاريخ 2007/08/12.

حالة أفضل، وأنهما يوظفان الأدوات والتقنيات الشائعة من أجل هذا التحول، بما فيها تبسيط الإجراءات وتغيير الهياكل التنظيمية وتطبيق الجودة الشاملة وبحوث العمل والإدارة بالأهداف، لكن كل منهما بطريقته الخاصة ووفقا لمتطلباته وفلسفته، فالتغيير قد يقتصر في بعض الحالات على الأخذ بالجودة الشاملة دون غيرها، أو تطبيق الإدارة بالأهداف على مستوى أحد الأقسام، ولا يعد تطبيق أي من هذه الأنظمة التسييرية بذاته تطويرا تنظيميا وإنما مجرد تقنية واحدة في إطار حزمة التقنيات التي توظف مجتمعة وفقا لما تطرحه نظريات علم النفس وعلم الاجتماع ونظريات القيادة ونظريات الإدارة على اختلاف موضوعاتها والتي يستمد منها التطوير التنظيمي مرجعيته[1].

كما ينبغي أن نفرق بين التغيير والتغير، **فالتغيير** مصنوع أو مفروض لمسايرة ما يحدث في المحيط، بينما **التغير** هو حدث طبيعي يقع في أي مؤسسة كنتيجة للنجاح والنمو بمعنى التغيير نحو الأفضل وليس على حساب المؤسسات الأخرى أو باستخدام الحيل والمؤامرات[2].

I-2- أهداف التغيير: تعددت الأهداف التي تجعل من المؤسسة تهتم بالتغيير، ويمكن ذكر بعضها في:[3]

1. التعرف على ثقافة الأفراد بشأن المفاهيم والدوافع والأهداف التي تتعلق بعملية التغيير.
2. توصيف استعداد الأفراد واتجاهاتهم بشأن عملية التغيير والأسباب الحقيقية التي تدفعهم لمقاومة جهود التغيير.
3. التعرف على مجالات عملية التغيير ووضع أولويات لتنفيذ هذه المجالات.
4. تحديد وتوصيف الأسباب الحقيقية لفشل بعض جهود التغيير، وتحديد متطلبات تحقيق فعالية هذه الجهود، سواء بتوفير العناصر الإيجابية أو مواجهة العناصر السلبية.
5. تقييم فعالية جهود التغيير على ضوء نتائجها التي تحققت وفق رؤية الأفراد المستفيدين منها.
6. تحديد وتوصيف المؤشرات التي تدل على وجود الحاجة إلى عملية التغيير من وجهة نظر المسؤولين عن تنفيذها والمستفيدين منها.
7. وضع تصور مقترح للإطار العام الذي يجب أن تتم من خلاله عملية التغيير.

---

[1] عامر خضير حميد الكبيسي، ***الدور الاستراتيجي لإدارة الموارد البشرية في قيادة التغيير والتعامل مع مقاومته***، ورقة مقدمة في لملتقى السادس للغرفة التجارية الصناعية للمنطقة الشرقية بالتعاون مع الشركة السعودية للكهرباء، الرياض 16-2007/01/17.

[2] سعيد يس عامر، ***الإدارة وتحديات التغيير***، مركز وايد سيرفيس للاستشارات والتطوير، القاهرة، مصر، 2001، ص 395.

[3] مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سابق، ص374.

كما يهدف إلى:[1]

- زيادة قدرة المؤسسة على التطور والبقاء والاستمرارية وذلك بزيادة قدرتها على التكيف مع البيئة المتغيرة، مما يجعل منها نظاما متجددا.
- زيادة إحساس العاملين بأهمية أهداف المؤسسة، وزيادة درجة ولائهم وانتمائهم لها.
- تكوين فريق إداري أكثر كفاءة وتقبلا للتغيير، وتنمية معارف ومهارات العاملين وتحسين أنماطهم السلوكية، تطوير نظم وإجراءات اتخاذ القرار، العمل على تنمية المشاركة في عملية اتخاذ القرارات، والرغبة في تعديل سلوك الموظفين في المؤسسات حتى تتمكن من مواجهة التغيرات التي تحيط بها.
- تنمية روح الجماعة من خلال درجة الإحساس بتفاعل وديناميكية الجماعة داخل المؤسسة، وإرساء قواعد الثقة بين الأفراد المكونين لها.
- زيادة فهم عمليات الاتصال وأساليب القيادة وإيجاد أفضل الأساليب للقضاء على الصراعات والتعرف على أسبابها من خلال زيادة الوعي بديناميكية الجماعة.

وللتغيير أهمية كبيرة لكل من الفرد والمؤسسة تتمثل في:[2]

1. **الحفاظ على الحيوية الفاعلة**: تتمثل هذه الأهمية في التجديد والحيوية وتظهر روح الإبداع والمقترحات، كما تختفي روح اللامبالاة والسلبية والروتين الذي يقتل الإبداع والإنتاج.
2. **تنمية القدرة على الابتكار**: فالتغيير دائما يحتاج إلى جهد للتعامل معه، على أساس أن هناك فريقين منهم من يؤيد التغيير ويكون التعامل معه بالإيجاب، ومنهم من يتعامل بالمقاومة، فالتغيير يطلق كما هائلا من مشاعر الخوف من المجهول وفقدان الميزات أو المراكز وفقدان الصلاحيات والمسؤوليات.
3. **تنمية الرغبة في التطوير**: يعمل التغيير على التحفيز وإزكاء الرغبات والدوافع نحو الارتقاء والتطوير وتحسين العمل وذلك من خلال عدة جوانب:
   أ- عمليات الإصلاح ومواجهة المشكلات ومعالجتها.
   ب- عمليات التجديد وتطوير القوى الإنتاجية القادرة على الإنتاج والعمل.

---

[1] مبارك بنيه ضامن العنزي، *التغيير التنظيمي وعلاقته بأداء العاملين: دراسة مسحية على العاملين في إدارة مرور الرياض*، بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2004، ص ص 16-17.

[2] هدى سلمان الجهني، *أهمية مداخل التغيير*، مجلة المعلم، العدد 12، 1995، من موقع: http://www.almualem.net، بتاريخ: 2007./08/15

ك- التطوير الشامل والمتكامل الذي يقوم على تطبيق أساليب إنتاج جديدة بإدخال تكنولوجيا جديدة ومتطورة.

I-3- عوامل نجاح التغيير: ثمة عوامل يجب توفرها لنجاح التغيير في المؤسسات تتمثل في:[1]

- توافر المناخ العام الذي يتقبل التغيير ولا يعارضه.
- دعم وتأييد القادة الإداريين في المؤسسة، إذ أن دعمهم وتأييدهم لجهود التغيير تضمن لها الاستمرارية وتحقيق النتائج.
- وجود قادة تغيير يمتلكون مهارات إنسانية وعقلية وفنية ترتبط بالتغيير وتساعدهم على تكوين إطار فكري واضح عن دوافع التغيير وعملياته ونتائجه.
- إشراك الأشخاص والمجموعات الذين سيتأثرون بالتغيير في رسم أهدافه والتخطيط له وتنفيذه، لضمان تأييدهم.
- التركيز على المجموعات أكثر من الأفراد؛ إذ أن لمعايير وقيم وتوقعات المجموعات في المؤسسات تأثيرا واضحا على سلوك الأفراد، كما أن التركيز على المجموعات يضمن استمرارية التغيير، وإن كان العمل مع المجموعات يحتاج إلى مهارات فنية وسلوكية متقدمة.
- معرفة مصادر ومستوى عدم رضى الموظفين السائد في المؤسسة وتشخيص مشكلاتها بأسلوب علمي، وكذلك تشخيص عوامل مقاومة التغيير ومراكزها.
- توافر الموارد البشرية والمادية والفنية التي تهيئ للتغيير وتساعد على تنفيذه.

والتغيير الإيجابي يجب أن:[2]

- يكون معروف الأهداف ومعروف الوسائل.
- يكون ضمن خطة مدروسة ومتوازنة.
- يكون ضمن الضوابط والتوجيه الصحيح لكي لا يخرج عن السيطرة المتوازنة.
- يأتي بطموحات وتطلعات جديدة للمؤسسة والعاملين فيها ويزيدهم حماساً وتماسكاً.
- يأتي بفرص عمل جديدة تأخذ بأيدي الجميع إلى التقدم.
- يرفع مواقع الضعف والاختلالات السابقة بإزالة النواقص والسلبيات القديمة التي قام التغيير عليها.
- يزيل العوائق التي كانت تزيد من ضعف المؤسسة أو تقلل من إيجابياتها.
- يكسب الإدارة عناصر أو مهارات جديدة لتحقيق الأهداف.

---

[1] مبارك بنيه ضامن العنزي، مرجع سابق، ص12.

[2] فاضل الصفار، ***التغيير الإداري..كيف ولماذا***، مجلة النبأ ، لبنان، العدد57، 2001.

وغير ذلك من السمات التي في مجموعها تعد مؤشراً حقيقياً للتغيير الايجابي الذي يحقق طموح المؤسسة في البقاء.

I-4- أسس التغيير: توجد عدة أسس يجب على الادارة مراعاتها لاحداث التغيير بشكل فعال، من أهمها:[1]

1- يجب على المسؤول الاداري أن يجري دراسة دقيقة لطبيعة المشكلة التي تستدعي إجراء التغيير، وأن يخطط للنتائج المرجو تحقيقها، وأن يتعرف على بدء المشكلة وأسباب بقائها.

2- يجب أن يدرك المسؤول دوافعه لمحاولة إحداث التغيير، والأسس التي يبني عليها رغبته في إدخال تغيير معين، كما يجب أن يكون على وعي تام بقيمه ومواقفه واتجاهاته التي لها علاقة بالتغيير، وأثر دوافعه على الآخرين، فالمسؤول لا يستطيع أن يتحرر من تحيزاته وأن يكون موضوعيا إلا إذا كانت قيمه ودوافعه واضحة ومحددة بشكل دقيق.

3- محاولة التعرف على الأسباب الظاهرة والكامنة لدى الأفراد والتي تدعم التغيير أو تقاومه، حيث يركز اهتمام المسؤول الاداري هنا على التحليل المستمر للقوى الدافعة والقوى المعيقة للتغيير.

4- التعرف على الامكانيات المتوافرة لدى المسؤول لتقديم العون اللازم أو الدعم الذي تتطلبه عملية التغيير، حيث يجب أن تكون متطلبات الوقت والمهارات اللازمة في ذهن المسؤول وفي تخطيطه، وضرورة توفير الموارد المادية والبشرية اللازمة، لأن عملية التغيير تحتاج إلى الكثير من الامكانات المادية والطاقات البشرية المؤهلة لقيادتها لتحقيق أهدافها.

5- توضيح هدف التغيير للأشخاص المعنيين في المؤسسة، لأن السرية والغموض يسببان الحيرة والقلق، ويدعوان الأفراد إلى المقاومة.

6- إفساح المجال للآخرين للتعبير عن مشاعرهم واعتراضهم تجاه عملية التغيير بشكل صريح، فإعطاء الفرصة لكل فرد لكي يعبر عن اعتراضه سيؤدي إلى تخفيف حدة مقاومته، ويزود القائد بتغذية عكسية قد تساعده في الكشف عن الأسباب الكامنة للمعارضة، ولأنه كلما زاد اهتمام القائد بالأشخاص وبمشاعرهم كلما زاد احتمال أن ينظر الناس إلى التغيير بطمأنينة وثقة وبالتالي تسهل عملية قبول التغيير.

7- معرفة القائد لما يجب عليه عمله حتى يجعل عملية التغيير مستقرة ومحافظة على استمراريتها وثباتها، فنظرا لأن التغيير يؤثر على الناس فإنه يجب على المسؤول أن يركز اهتمامه على اتخاذ خطوات وتصرفات دقيقة تساعد الناس في تطوير سلوكهم، بحيث يتناسب مع البيئة الجديدة الناجمة عن التغيير.

[1] مبارك بنيه ضامن العنزي، مرجع سابق، ص ص 21- 23.

8- الدعم والمساعدة للأشخاص الذين سيتأثرون بالتغيير.

9- الاهتمام بجانب المعلومات، حيث يعتبر تبادل المعلومات بين القادة والأفراد المتأثرين بالتغيير أمرا ضروريا، وبالتالي فإنه يجب اطلاع الأفراد على أهداف التغيير، والإجراءات المتعلقة به، والنتائج التي ستترتب عليه.

وبصورة عامة، فإن أسس التغيير المخطط في أي مؤسسة يجب أن تهدف إلى تغلبها على مشكلاتها، وزيادة القدرة على مواجهة الظروف البيئية المتغيرة، وكذلك تهدف إلى إصلاح وضع التنظيم وإتاحة الفرصة للقيادات والعاملين على السواء للإبداع والتطوير في مناخ إداري أفضل، كما يجب أن تستند إلى إحداث تغييرات في أساليب العمل، وفي العلاقات التنظيمية وسلوك الأفراد، وفي بيئة المؤسسة، والاستفادة من التقنية الحديثة.

وهناك ثلاث معايير أساسية تسمح بإعطاء خصائص للتغيير:[1]

1. **عمق التغيير:** ويقصد به الطريقة التي يؤثر بها التغيير على واقع المؤسسة، فيمكن أن تكون:
   - تغييرات سطحية(تحسينية): وهي التي يمكن أن تجرى على جميع مكونات المؤسسة، سهلة الإجراء على العموم، تجاوب على ضرورة التحسين المستمر...
   - تغييرات عميقة: وهي التي تغير واقع المؤسسة وتتم عندما لا تكون التغييرات السطحية كافية، وهي مكلفة، خطيرة، تتركز أساسا على: الإستراتيجية والهيكل التنظيمي وثقافة المؤسسة، وعادة ما تجد المؤسسة صعوبة في مبادرة هذا النوع من التغيير.
2. **سرعة التغيير:** وهي البعد الذي ينتج من الجمع بين مدة وعمق التغيير، ويمكن أن تكون:
   - سريعة: وتكون عند الضرورة الملحة ووعي المسيرين بذلك.
   - بطيئة: تكون عند بطء ميكانيزمات التغيير بما في ذلك اتخاذ القرارات.
3. **أسلوب إجراء التغيير:** قد يكون التغيير مفروضا، ويحدث عند تضارب المصالح وعدم وجود أرضية مشتركة لها، كما يمكن أن يكون إتفاقيا و بالرضى عند إشراك كل المهتمين بفكرة التغيير من البداية.

I-5- أنواع وأنماط التغيير: إن عملية نجاح التغيير تتطلب فهما لطبيعته وأنواعه، ويمكن التمييز بين عدة أنماط من التغيير وذلك حسب المعيار المستخدم في التصنيف، من بينها:[2]

1- حسب الزمن والوقت المستغرق: وفقا لهذا المعيار يمكن تقسيم أنواع التغيير إلى:

---

[1] Benoit GROUARD et Francis MESTON , ***L'ENTREPRISE EN MOUVEMENT***, Edition Dunod, Paris, 1998, p 18.

[2] صالح بن فالح عبد الله البلوي، ***اتجاهات العاملين نحو التغيير التنظيمي: دراسة مسحية على العاملين في رئاسة الطيران المدني***، دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، الرياض، 2005، ص ص 33-37.

أ- **تغيير سريع قصير الأجل:** هذا النوع يتم بسرعة، وهو تغيير إجرائي أكثر منه تغييرا هيكليا، كما يطلق عليه تغييرا تكتيكيا، لأنه يرتبط بالموقف اللحظي الذي يواجه متخذ القرار في الكيان الإداري، كما أنه يكون تكيفيا من أجل التكيف مع متطلبات الموقف الملح والعاجل الذي يواجه عملية التغيير.

ب- **تغيير متوسط الأجل:** يتصل بسياسات المؤسسة بشكل أكثر مثل سياسات الإنتاج والتمويل والأفراد...

ت- **تغيير طويل الأجل:** يحتاج لمدة طويلة تمتد لعقدين من الزمن أو أكثر، وسبب ذلك أنه متصل باستراتيجيات المؤسسة وعمليات إعادة الهيكلة.

ويلاحظ على هذه الأنواع السابقة أنها تتداخل مع بعضها البعض فالتغيير طويل الأجل يحتوي على التغييرات متوسطة الأجل التي بدورها تحتوي على التغييرات قصيرة الأجل.

2- حسب المرحلة التي يتم فيها تنفيذه: وهنا يتم تصنيف التغيير إلى:

أ- **تغييرات أولية ابتدائية تمهيدية:** هذا النوع ذو طابع ابتدائي، يهدف إلى تمهيد المناخ المناسب لإجراء التغييرات الأساسية، ولذلك فالتغيير الأولي أو التمهيدي شديد الأهمية لأنه هو الذي يتولى مهمة إعداد المناخ المستقبل للتغيير.

ب- **تغييرات ثانوية تكميلية بنائية:** هذا النوع ذو طابع تكميلي، بمعنى أنه يكمل ما تم بناؤه من أفكار ومبادئ وقيم ومثل في مرحلة التغيير الأولية، بل ويضيف إليها سياسات وإجراءات تكميلية ووضع الهياكل الرئيسية.

ت- **تغيير علاجي نهائي تجميلي:** هذا النوع يأتي لاستكمال أي قصور حدث أثناء إجراء التغييرات الثانوية أو نتيجة لسبب آخر، وبالتالي فإن مهمة هذا النوع هي مهمة كمالية ومعالجة للنقص الذي صاحب عملية التغيير السابقة.

3- حسب درجة شمول التغيير: وهذا المعيار يميز بين نوعين من التغيير هما:

أ- **التغيير الجزئي**: يشتمل على جانب واحد فقط، مثل الاهتمام بالجانب التكنولوجي فقط، ويعاب عليه أنه قد ينشئ نوعا من عدم التوازن في المؤسسة، بحيث تكون بعض الجوانب متطورة والأخرى متأخرة مما يقلل من فعالية التغيير.

ب- **التغيير الشامل**: يهتم بكافة الجوانب المختلفة الأخرى سواء كانت تكنولوجية أو إنسانية أو اجتماعية...

4- حسب مصدر التغيير: نميز بين ثلاثة أنواع كالتالي:

أ- **التغيير المتعمد:** يكون متعمدا أي صادرا من السلطة الداخلية للمؤسسة، ويتناول الإجراءات والهياكل التنظيمية والاتجاهات، وينسب التغيير المتعمد إلى دور المدير

ونشاطاته في اتخاذ القرارات؛ فهو هنا البديل الذي اختاره المدير وأصدر به قرارا وتم تطبيقه ليعالج به مشكلة أو ليحسن به الأداء.

ب- **التغيير المفروض :** في هذه الحالة يصدر التغيير بناء على قوى متنفذة؛ كأن تنص عليه القوانين الحكومية أو توصيات صادرة من منظمات رسمية، بمعنى أن قرار التغيير يصدر من سلطات أو مؤسسات خارج أسوار المؤسسة التي عليها أن تنفذه.

ت- **التغيير التكيفي:** ليس متعمدا أو صادرا من السلطة الداخلية، وليس مفروضا من السلطات الخارجية، إنما يحدث بناء على اقتناع شخصي من المرؤوس وبدون علم رئيسه؛ أي أنه ليس له قنوات رسمية لتدعمه وتتابعه، ويحدث لسبب أو لآخر من بين الأسباب التالية:

- لتطوير بعض إجراءات العمل.
- لجعل أنشطة الأداء أكثر ملاءمة.
- لمواجهة موقف استثنائي.
- للاستفادة من فرصة مواتية.

كما يمكن تصنيف التغيير وفقا للمعايير التالية:

1- **الأسباب المؤدية للتغيير:** يحدث التغيير لأسباب أو ضغوط خارجية، أو مشاكل داخلية أو بدافع السيطرة على المحيط، ويتم حسبها تصنيف التغيير إلى ثلاث أنماط:

أ- **تغيير استجابة لضغوط خارجية:** في هذه الحالة قيام المؤسسة بالتغيير أمر حتمي وليس اختياري، إذ أنه ليس بإمكانها الاستمرار والنشاط دون تحديث وتجديد وسط مؤسسات منافسة ذات أساليب إدارية وإمكانيات حديثة متطورة.

ب- **تغيير هادف لحل مشاكل داخلية:** تواجه المؤسسات مشاكل داخلية تتسبب في تدني مستوى أدائها مما يدفعها إلى تغيير داخلي يحل هذه المشاكل ويحسن أدائها.

ت- **تغيير بهدف السيطرة على المحيط:** يحدث هذا التغيير بدافع من المؤسسة، ووفق إرادتها دون ضغوط خارجية أو داخلية، وذلك قصد تأثيرها في المحيط وإحداث التغيير فيه لصالحها.

2- **أسلوب مواجهة تغيرات المحيط:** وفق هذا المعيار يأخذ التغيير ثلاثة أشكال هي:

أ- **تغيير مخطط:** تقوم المؤسسة بتخطيط التغيير عندما تتنبأ بحدوث تغييرات جديدة في المحيط تؤثر في نشاطها، ولهذا تستعد لمواجهتها.

ب- **تغيير دفاعي:** تقوم المؤسسة بهذا النوع لتتكيف مع ما يحدث من تغيرات في محيطها لتتمكن من الاستمرار والمحافظة على مكانتها، وهذا النوع يعتبر تقليديا ويأخذ شكلا من أشكال ردود فعل المؤسسات للدفاع عن وجودها[1].

ت- **تغيير هجومي:** يحدث دون ظهور تغيرات في محيط المؤسسة، فهو سباق للتغيير، والقصد منه التحكم والسيطرة على المحيط والتأثير فيه بفرض أوضاع وظروف جديدة من قبل المؤسسة.

3- مدة إحداث التغيير: يصنف التغيير إلى نوعين:[2]

أ- **التغيير التدريجي:** يكتمل حدوث هذا التغيير في المؤسسة تدريجيا على امتداد فترة معينة وفق وتيرة منتظمة، ويتعلق بالأخص بالمجال الإنساني، ويبلغ هذا النوع من التغيير فعاليته القصوى، إذا أصبح عملية مستمرة تطبق على المؤسسة بأكملها.

ب- **التغيير الجذري:** هو التغيير المفاجئ والعارض، إذ لا يستغرق مدة طويلة ويتميز بتركه لآثار ظاهرة، وتطبق المؤسسات هذا النوع من التغيير خصوصا في المجال التجاري أو عند القيام بالتغيير الهيكلي.

ويشير الكثير من الباحثين في الإدارة والتنظيم إلى أن هناك نوعين رئيسين فقط من أنواع التغيير هما:

1- **التغيير المخطط:** يحدث بصورة مخططة نحو أهداف مقصودة ومحددة مسبقا، ويقصد به "ذلك الإجراء الإداري الهادف إلى إحداث تعديل معين ومحسوب في المنظمة أو أحد عناصرها وفقا لخطة زمنية وعلى أساس تفكير وتقدير لتكلفة التغيير ومتطلباته من ناحية و الفوائد المترتبة عليه من ناحية أخرى".[3]

2- **التغيير غير المخطط أو العشوائي:** هو عملية تلقائية تقوم بها بعض المؤسسات كإجراءات انفعالية أو ردود أفعال لمعالجة حالات مفاجئة وطارئة نتيجة للضغوط التي تتعرض لها، مما قد يسفر عنه نتائج غير مطلوبة وضارة.

ويتم اختيار هذه الأنواع من التغيير حسب حاجة المؤسسات لاستخدامها، فقد تختار نوعا واحدا أو أكثر عندما يكون لديها الأسباب والمبررات الكافية لذلك، وقد تتداخل هذه الأنواع فيما بينها، إلا أنه من الضروري الابتعاد عن التغييرات العشوائية والأخذ بالتغيير المخطط، الذي هو من أهم وأكثر الأنواع استخداما لما له من مميزات وإيجابيات عديدة لكافة المؤسسات وما تحققه من نتائج تزيد من كفاءتها وفاعليتها.

---

[1] علي محمد منصور، ***مبادئ الإدارة: أسس ومفاهيم***، مجموعة النيل العربية، مصر، 1999، ص366.

[2] Robert Heller, ***Gérer le changement***, Mangopratique, Italie, 1999, p p 12-13.

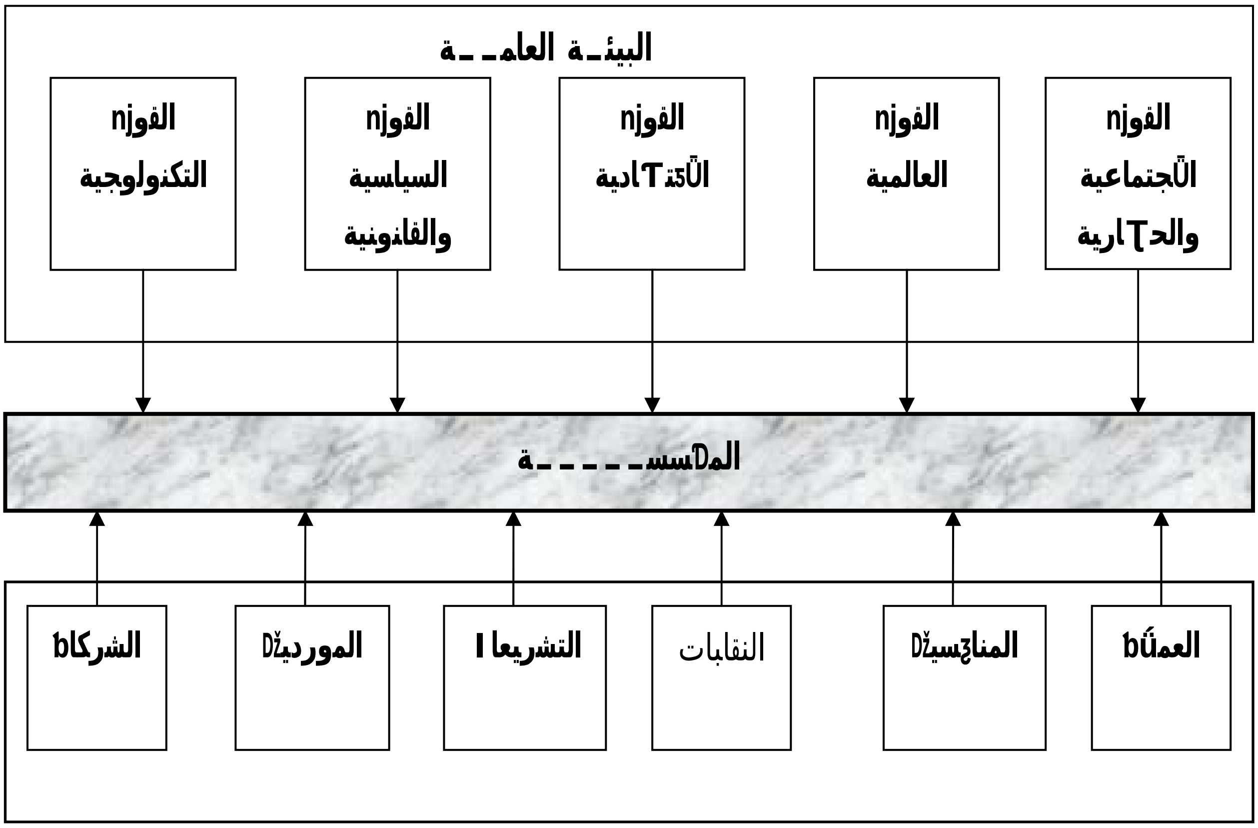
[3] علي السلمي، ***تطور الفكر التنظيمي***، مرجع سابق، ص 259.

II- دوافع التغيير وأسبابه:

تواجه المؤسسة العديد من القوى أو العوامل التي تفرض عليها إحداث التغيير، ويمكن تقسيمها إلى قوى (أومسببات) خارجية وأخرى داخلية:

II-1- الأسباب الخارجية: وهي ما يمكن أن تؤثر به مكونات محيط المؤسسة الخارجي (العام والخاص) ،كما هي موضحة بالشكل (01):

الشكل رقم(01):الأسباب الخارجية للتغيير



المصدر: علي شريف، *الإدارة المعاصرة*، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003/2002، ص319.

ويمكن تلخيص تأثير متغيرات **المحيط الخارجي العام** في:[1]

1. **المتغيرات الاجتماعية والثقافية والحضارية:** تتطلب المستجدات الحاصلة في البنية الاجتماعية كالتغيرات في هيكل السكان الذين يمثلون الطلب على منتجات المؤسسة وكذا عرض العمالة، وفي الطبقات الاجتماعية ومعدلات التعليم، والتطورات الثقافية والحضارية كالتغيرات في قيم واتجاهات وسلوكات الأفراد ومن ثم تغييرات في مواقع واتجاهات وأنماط الطلب على منتج المؤسسة وتصميمه...، بأن تقوم المؤسسة بالاستجابة الواعية

[1] خضير كاظم محمود، *السلوك التنظيمي*، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص ص 185-186.

والمستمرة لتلك المتغيرات بهدف الملاءمة والانسجام وذلك بإجراء التغييرات في أنشطتها وإحداث سبل الاستجابة وبشكل مستمر.

2. **المتغيرات الدولية:** يشهد العالم تحولات عميقة وسريعة في جميع المجالات عموما وعلى المحيط الاقتصادي للمؤسسات خصوصا، من أهمها سياسة خصخصة القطاعات الاقتصادية، حدة المنافسة بين المؤسسات، ظهور الشركات متعددة الجنسيات والانفتاح الكبير في الأسواق، التركيز على النوعية بدلا من الكم، ارتفاع الأهمية النسبية للقطاعات الخدمية على حساب القطاعات الإنتاجية، التجارة الدولية، بروز ظاهرة العولمة والتطورات الهائلة في مجال المعلوماتية ودور التقنيات الحديثة للإعلام والاتصال والتحول التدريجي إلى عهد اقتصادي جديد يسمى باقتصاد المعرفة(l'économie du savoir) وهو: "الاقتصاد الذي يقوم على المعلومة (المعرفة) أي أن المعرفة أو المعلومة هي العنصر الوحيد في العملية الإنتاجية، وهي المنتج الوحيد في هذا الاقتصاد، وهي التي تشكل أو تحدد أساليب الإنتاج وفرص التسويق ومجالاته، فهو الاقتصاد الذي يحول مركز الثقل من المواد الأولية والمعدات الرأسمالية إلى المعلومة والمعرفة ومراكز التعليم والتدريب والبحث العلمي"[1] الذي أضحى النموذج الحقيقي للاقتصاد المتطور والمزدهر، ويعكس مدى تنامي الاعتراف بالمعرفة كوجود جوهري غير ملموس أصبح في ظل اشتداد المنافسة يمثل التحدي الأساسي أمام المؤسسة الاقتصادية التي أصبح يقاس رصيدها بمدى استثمارها في المعرفة...

3. **المتغيرات السياسية والاقتصادية والقانونية:** تستوجب هذه المتغيرات عموما سواء كانت سلبية أو إيجابية أن تقوم المؤسسات بإحداث تغييرات للتكيف مع تلك الظروف والمستجدات، وإلا فإنها تصبح غير قادرة على البقاء والاستمرار، وتظهر المتغيرات السياسية في التوجهات السياسية الحكومية، المالية والنقدية، التغيرات في القوانين كقوانين الاستيراد والتصدير والضرائب...

أما المتغيرات الاقتصادية فتظهر في بعض المؤشرات، كمعدلات التضخم وأسعار الفائدة، مستويات الأجور، أسعار مستلزمات الإنتاج، طلب العملاء...

4. **المتغيرات التكنولوجية:** تتمثل خاصة في الاكتشافات والاختراعات التقنية التي يشهدها العالم، ففي وقتنا المعاصر تواجه المؤسسات تغيرات كبيرة وسريعة كالتقدم في وسائل المواصلات والاتصالات، حيث تطورت الوسائل الإلكترونية لنقل الصوت والبيانات كالبريد

[1] ميلود تومي، *إنتاج المعرفة لتعزيز تنافسية المؤسسة الاقتصادية*، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات، المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات والاقتصاديات، جامعة بسكرة، 12- 2005/11/13، ص21.

الالكتروني، الفاكس، الانترنت، الشبكات... الأمر الذي قضى على الحدود التي كانت تفصل الشعوب والثقافات... بما يعكس متطلبات أعمال جديدة تستوجب استجابتها السريعة، ومن أجل أن تتمكن من تحقيق النجاح والبقاء في هذا البيئة يتوجب عليها اتخاذ خطوات مبتكرة(إضافة إلى إجراءاتها التقليدية)، والاستعانة بأدوات تكنولوجيا المعلومات لتسهيل نشاطاتها وعملياتها، حيث تعد تكنولوجيا الاعلام والاتصال(TIC) من أحدث مفرزات التطور العلمي والتكنولوجي، ويقصد بها "مجموعة من الأفراد، والبيانات، والاجراءات، والمكونات المادية والبرمجيات التي تعمل سوية من أجل الوصول إلى أهداف المنظمة"[1].

إن هذا القوة والمتغيرات التكنولوجية وسرعة تواليها، تؤثر بدرجة كبيرة في مجالات متعددة منها التخطيط ووضع الاستراتيجيات والأهداف وخلق تخصصات جديدة وتغير الطلب على المهارات القائمة، وبالتالي حدوث تغيرات تنظيمية هيكلية في عدد المستويات التنظيمية وفي الأدوار ومحتويات الوظيفة أو سلوك العاملين وحاجاتهم وتوقعاتهم... ونتيجة لكل ذلك تشتد الحاجة لادارة التغيير من أجل توافق أنشطة المؤسسة المختلفة وأساليب وطرق عملها ومواقعها مع متطلبات التغيرات التكنولوجية والتكيف معها في مجالاتها كافة، وهو ما يعني المتابعة المستمرة، ليس فقط للتكنولوجيات الموجودة حاليا في مجال نشاطها، بل والمتوقع إدخالها لاحقا من قبل منافسين موجودين أو منافسين محتملين، من خلال متابعة أنشطة البحث القائمة.

أما المتغيرات المتعلقة **بالمحيط الخارجي للمؤسسة** فهي أقوى تأثيرا للتغيير في المؤسسة، حيث يظهر تأثير **المنافسين** بشكل كبير من خلال ما يحدثونه من تغيير في هياكل أسعارهم، أومن خلال التغييرات التي يقومون بها في خطوط منتجاتهم، مما يدفع بالمؤسسة إلى محاولة البحث عن البدائل التي من خلالها تحسن قدرتها وفاعليتها وبالتالي إثبات وجودها، أما **المستهلكون(العملاء)** فهم الذين يحددون ما هي المنتجات التي تباع وعند أي سعر، فعلى المؤسسة أن تهتم بأذواقهم وتتبع أي تغييرات تحدث فيها، كذلك فإن **الموردين** يؤثرون على المؤسسة من خلال رفع أو تخفيض أسعار مستلزمات الانتاج، أو عن طريق التغيير الذي يقومون به في منتجاتهم...، أما **المسؤولون عن التشريعات** فيؤثرون على عمل المؤسسة من خلال تلك القوانين كالمتعلقة بإجراءات الأمن والسلامة في عمل المؤسسة...

لذلك فإن أي تغيير من هذا التغييرات لابد وأن تستجيب له المؤسسة بإحداث تغييرات بداخلها وإلا ضاعت عليها فرص متاحة لها، أو واجهت تهديدا قد يؤثر على بقائها.

[1] سناء عبد الكريم الخناق، ***دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في عمليات إدارة المعرفة***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات، المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات والاقتصاديات، جامعة بسكرة، 12- 2005/11/13، ص238.

II-2- الأسباب (القوى) الداخلية: تواجه المؤسسة من الداخل تغييرات قد تؤثر في مصيرها وتتمثل بالمتغيرات المرتبطة بطبيعتها ومناخها وهيكلها التنظيمي والأساليب والسياسات والإجراءات المتبعة في تحقيق الأهداف، والأساليب المعتمدة في معالجة المشاكل المقترنة بالعمل والأفراد العاملين فيها...

وقد يكون للتغيرات في القوة الخارجية تأثيرا على العمليات الداخلية، فعندما تقوم مؤسسة ما بتسويق منتج أفضل يهدد موقف أو حصة المؤسسة الأخرى في السوق فمن المؤكد ظهور ضغوط داخلية في اتجاه اتخاذ تدابير فورية لتصحيح الوضع.

ومن بين الأسباب الداخلية نذكر:[1]

- التغيير في الآلات والمنتجات وخطوط الإنتاج.
- التغيير في هياكل العمالة و الوظائف وعلاقات العمل.
- التغيير في الأساليب والإجراءات المتبعة في العمل.
- التغيير في الوظائف الأساسية للمؤسسة.
- التغيير في علاقات السلطة في المؤسسة.
- زيادة معدل الدوران الوظيفي.
- تدني الأرباح.

وذكر أيضا مجموعة من الأسباب:[2]

- ضرورة تغير الأساليب الإدارية المتبعة وتطويرها باستمرار لكي تتلاءم والتطورات الحاصلة.
- إدراك الحاجة إلى إيجاد التنسيق والتوازن والتكيف بين مناخ المؤسسة واحتياجات الأفراد العاملين فيها.
- الحاجة إلى تحسين وزيادة التعاون والتنسيق في العلاقات القائمة بين جماعات العمل في المؤسسة.
- إدراك الحاجة إلى تغيير الهيكل التنظيمي واللوائح والأنظمة المتبعة في المؤسسة وباستمرار.

ومن المهم الإشارة إلى أن التغيير يمكن أن يحدث أيضا بمبادرة ذاتية من القائمين على إدارة المؤسسات، وذلك عن طريق تغيير القيادات الإدارية وإعادة التنظيم، ولا يحدث فقط استجابة لظروف أو عوامل خارجية أو داخلية.[3]

---

[1] محمد قاسم القريوتي، ***نظرية المنظمة والتنظيم***، دار وائل للنشر، عمان، 2000، ص257.

[2] خضير كاظم محمود، مرجع سابق، ص ص 186-187.

[3] نفس المرجع، ص331.

ويمكن أن يأتي التغيير إضافة لما ذكر نتيجة لبعض المبررات منها:[1]

- لإثبات الذات واستعراض القوة كأن يأتي مدير جديد فيغير كثيرا من الأمور حتى التي لا داعي لتغييرها.
- للقضاء على الملل والروتين والإبقاء على النشاط والحيوية.
- لاختصار الوقت وتقليل الجهد، وتعظيم الأرباح وتقليل الخسائر.
- للضغوط والمطالبات الكثيرة من قبل الرؤساء والمرؤوسين.
- لتحسين الأداء وتطويره وجودته.

ومن الممكن أن تتضمن القوى الداخلية عوامل تنظيمية أو إجرائية أو سلوكية، فقد يتعلق العنصر التنظيمي بمشكلة نقل المعلومات من قمة المؤسسة إلى مستوياتها الدنيا، كما يمكن أن يؤدي تعدد المستويات التنظيمية إلى بطء انتقال المعلومات من مستوى لآخر، وذلك بسبب وجود عجز في الاتصال الفعال، وقد تحدث العوامل الإجرائية نتيجة الفشل في اتخاذ القرارات، أو تأخر وصول المعلومات(الاتصال) أو عدم فعالية الأسلوب القيادي.

ومن هنا يتضح بأن كل هذه المتغيرات المختلفة من داخلية وخارجية تعمل باستمرار على تغيير وتطوير الأهداف العامة والخاصة في المؤسسة، وعلى هذه الأخيرة أن تستجيب لمقتضيات التغيير والتكيف والتلاؤم كي تحقق استمرارية البقاء في الأسواق وتحقيقها للاستقرار والنمو في ظل المنافسة الحادة.

III- مجالات التغيير:

كما ذكرنا فالتغيير يحدث نتيجة القوى الداخلية والخارجية التي تفرض نفسها على المؤسسة، والسؤال الذي يطرح هنا، أين يجري التغيير؟ وللإجابة هذا السؤال نلخص فيما يلي أبرز المجالات التي يمسها التغيير داخل المؤسسة:[2]

III-1- تغيير رسالة المؤسسة وأهدافها واستراتيجياتها: تتناول رسالة المؤسسة غرضها الرئيسي ومجال أو مجالات نشاطها وأنواع منتجاتها والسوق التي تخدمها، فتغيير هذه الرسالة يجب أن يتم مواكبة للمتغيرات التي قد تهيئ فرصا تتطلب استغلالا بإضافة نشاط جديد، أوقد تفرض قيودا يتعين معها إلغاء أو تحجيم نشاط أو أكثر، وبالتالي تتغير تبعا لذلك الأهداف المتفرعة عن الرسالة والمترجمة لها، ومن ثم الاستراتيجيات باعتبارها مناهج تتبع لبلوغ الأهداف، ونتيجة للتغيير في الاستراتيجية قد يؤدي ذلك إلى التغيير في بعض أوكل مجالات التغيير الأخرى بالمؤسسة.

---

[1] زهير دياب، من موقع: www.taqhier.net، بتاريخ: 2007./05/16.

[2] أحمد سيد مصطفى، *إدارة السلوك التنظيمي*، دار قباء للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص ص 475-.479.

قد تعدل المؤسسة من إستراتيجيتها أو تتبنى إستراتيجية جديدة؛ فقد تستبدل إحدى الوحدات أو تضيف وحدة جديدة، وقد تغير إستراتيجيتها الوظيفية الخاصة بالإنتاج، أو التسويق، أو التمويل...

III-2- تغيير تشكيلة وأسلوب تخصيص الموارد: ويعني ذلك إعادة توزيع الموارد وترشيد استخدامها بما يسهم في حسن بلوغ أهداف جديدة؛ لخفض التكلفة، أو تحسين الجودة ، أو زيادة الإنتاجية...

III-3- تغيير التكنولوجيا: بمعنى تهيئة معرفة أو طرق أو تجهيزات فنية بما يسهم في تحسين جودة الإنتاج و/أو التسويق و/أو خفض التكلفة و/أو زيادة الإنتاجية...

ويظهر التغيير التكنولوجي في عدة مجالات مثل الآلات والمعدات؛ بتغيير الآلات القديمة بآلات ومعدات جديدة، تغيير المراحل والعمليات المتعلقة بالإنتاج أو تغيير تتابع العمل...، ومن أهم التغييرات في مجال التكنولوجيا هو التغير في نظم المعلومات حيث عرفت تطورا باستخدام الحاسب وظهور تكنولوجيا الإعلام والاتصال، و يعبر عن نظام المعلومات بأنه "ذلك النظام المتكامل الذي يربط بين المستخدم والآلة من أجل توفير المعلومات لدعم مختلف العمليات الإدارية ووظائف اتخاذ القرارات في المنظمة(المؤسسة)، ويستخدم أجهزة الحاسب وبرمجياته وقواعد البيانات والإجراءات اليدوية والنماذج من أجل التحليل والتخطيط والرقابة واتخاذ القرارات"[1]

وامتلاك أي مؤسسة لنظام معلومات فعال بات من مقومات النجاح لكون المعلومات أصبحت تشكل أحد مواردها الثمينة، فأي نشاط مآله الفشل إذا كان الدعم المعلوماتي غير كاف؛ أي إذا كانت المعلومات الملائمة غير متوفرة في الوقت المناسب وبالتكلفة المعقولة.

III-4- تغير الهيكل التنظيمي: التغيير في الهيكل التنظيمي قد يأتي نتيجة لتغيير إستراتيجية المؤسسة و/أو التكنولوجيا و/أو وظائف وأماكن العمال و/أو حجم عمليات المؤسسة...

وقد يركز التغيير في المؤسسة على أحد المكونات الأساسية لهيكلها التنظيمي، أو أحد الجوانب الخاصة بالتصميم الكلي للتنظيم؛ فقد تغير المؤسسة تصميم الوظائف بها، أو الأساس الذي تستخدمه في تجميع الأنشطة في وحدات تنظيمية، أو تغيير علاقات السلطة أو هيكل توزيع السلطة بها، أو قد تقوم المؤسسة بتغيير أي جزء من نظامها الخاص بمواردها البشرية مثل تغيير معايير الاختيار أو طرق تقييمها للأداء، أو نظام تعويض العاملين[2].

---

[1] عبد الفتاح بوخمخم، ***فعالية الدعم المعلوماتي في تسيير الموارد البشرية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال في المؤسسات الاقتصادية، جامعة المسيلة، 03-04/05/ 2005.

[2] محمد فريد الصحن وآخرون، ***مبادئ الإدارة***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002/2001، ص 318.

وفي حالات أخرى قد تلجأ المؤسسة إلى إحداث تغيير شامل في بنائها التنظيمي كله، ويطلق على هذا العملية اصطلاح"إعادة التنظيم"، كتحول المؤسسة من التنظيم الوظيفي إلى التنظيم المصفوفي[1]

III-5- إعادة الهيكل المالي: قد يتعلق التغيير أيضا بإعادة التكوين المالي، استجابة لاستغلال فرصة سوقية تتطلب زيادة حجم نشاط المؤسسة ومن ثم رأس المال، أو طرح أسهم جديدة في السوق، أو إدخال شريك أو أكثر، أو تكوين مشروع مشترك...، أما في الحالة العكسية فقد يتطلب الأمر خفض رأس المال استجابة لضغوط انكماشية بفعل متغيرات اقتصادية أو تنافسية أو اجتماعية...

وقد يرتبط إعادة التكوين المالي بإعادة التكوين القانوني للمؤسسة عندما يتطلب الأمر التحول من شكل قانوني لآخر، أو تغير طبيعة الملكية...

III-6- تغيير نظم الإدارة: يمكن أن يشمل التغيير نظم الأداء الإداري، أو النظم الإدارية مثل نظام الاختيار والتعيين بما يضمن سلامة اختيار العناصر المناسبة لمتطلبات الوظائف وتعيينها بالمواقع أو الإدارات المناسبة، ونظام التدريب بما يضمن سلامة تحديد الاحتياجات التدريبية لكل موظف أو مدير بما يسهم في علاج نواحي الضعف وتعزيز نقاط القوة، ونظام تقييم أداء العاملين بما يهيئ تقييما عادلا لأداء كل موظف.

ويشمل التغيير أيضا مختلف النظم داخل المؤسسة، كنظام الاتصال، النظم الخاصة بوظائف المؤسسة...

III-7- تغيير سلوكيات العاملين: من أهم مجالات التغيير وأكثرها صعوبة هو تغيير سلوكات وتصرفات الأفراد، والتركيز على ما يملكون من طموحات وقدرات ومواهب، وتوظيفها في جميع مجالات الأعمال التي تطمح مؤسستهم إلى تحقيقها، فالموارد البشرية أصبحت من أهم الموارد لكونها تملك قدرات وإمكانات فكرية هائلة ومصدر للمعلومات والأفكار المبدعة التي تحتاج إليها جميع المؤسسات.

فقد تعمل المؤسسة على تغيير المهارات الخاصة بالقوى العاملة لديها بسبب الرغبة في زيادة وتحسين جودتهم، كما قد تكون هناك حاجة إلى التغيير في معايير اختيار الأفراد للعمل بها، أو تحسين مستوى الأداء الموجود بها، وقد تعتبر إدراكات وتوقعات الأفراد العاملين بها موضعا للتغيير.

---

[1] علي شريف، مرجع سابق، ص329.

وتغيير سلوكات الأفراد يعني تطوير مهاراتهم وقدراتهم وتحفيزهم على إدراك أهمية ما يقومون به، ويمكن للمديرين إتباع بعض المداخل من بينها ثلاث مداخل أساسية:[1]

المدخل الأول: هو الإحلال؛ أي الاستغناء عن العاملين الحاليين، وتعيين غيرهم أكثر كفاءة، ولكن هذا المدخل صعب التنفيذ، وينبغي عدم اللجوء إليه إلا كحل أخير.

المدخل الثاني: هو التحديث التدريجي للعاملين؛ والذي يعني وضع معايير جديدة لاختيار العاملين، وتطبق هذه المعايير على العاملين الجدد، والعاملين الذين يحلون محل تاركي العمل أو المحالين إلى التقاعد.

المدخل الثالث: هو تدريب العاملين الحاليين لتحسين مستوى أدائهم للعمل من خلال تنمية مهاراتهم.

وينقسم التدريب عادة إلى:[2]

1. **تدريب فني:** في المجال الذي يعمل به الفرد، سواء كان ذلك في المجال الهندسي أوالكيمياوي أو القانوني أو المبيعات والحسابات...
2. **تدريب إداري:** في المجالات التخطيطية والتنظيمية والرقابية وتحديد الأهداف والجودة والاستراتيجيات والعلاقات العامة واتخاذ القرارات.
3. **تدريب في المهارات السلوكية:** ومن هذه المهارات؛ تحفيز الآخرين، فن التعامل مع الغير، القيادة والتأثير في الآخرين، التفاوض والإقناع، التدريب على الفهم المتبادل للآخرين، بناء الجماعات، إدارة الاجتماعات...

كما توجد هناك أدوات أخرى مساعدة في تغيير الأفراد؛ مثل:

- الاختيار السليم للأفراد وتأهيلهم للوظائف المناسبة.
- التدوير على الوظائف.
- النقل.
- الترقية.
- رسم المسار الوظيفي.
- النصح والإرشاد.
- تمكين العاملين ومنحهم النفوذ والسلطة الكافية من خلال تفويض السلطة، الإدارة بالأهداف، تزويد العاملين بالمعلومات الوظيفية المطلوبة، تكبير الوظيفة والإثراء الوظيفي، المشاركة في اتخاذ القرار...

---

[1] أحمد ماهر، ***التنظيم/الدليل العلمي لتصميم الهياكل والممارسات التنظيمية***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص ص 330-331.

[2] نفس المرجع، ص ص 603-604.

- الشبكة الإدارية: لبناء مهارات الاهتمام بالعمل ومهارات الاهتمام بالآخرين.
- تحليل تفاعلات الاتصال.

III-8- التغيير في ثقافة المؤسسة: يمكن تعريف ثقافة المؤسسة على أنها "مجموعة الاعتقادات والقيم والاتجاهات والفروض التي يشترك فيها أعضاء المؤسسة وتحدد قواعد وأنماط سلوكهم التنظيمي وتساعدهم في التعامل مع البيئة الداخلية والخارجية"[1]، أي هي مجموعة القيم والمبادئ أو المعايير والمعتقدات التي تحكم إطار العمل وسلوكيات الأفراد، فثقافة المؤسسة هي التي تحدد أنماط التصرف وسلوكيات الأفراد في تعاملهم مع بعضهم البعض ومع الأطراف التي تتعامل مع المؤسسة سواء داخليا أو خارجيا.

وقد يتطلب تغيير الثقافة التي تكونت في مؤسسة ما عبر العديد من السنوات وقتاً مماثلاً إن لم يكن أطول، وعندما يتطلب التغيير استبدال المبادئ والقيم بأخرى مخالفة فإن عنصر المخاطرة يتضاعف وفرص النجاح تتضاءل، ولهذا فإن الكثير من محاولات التغيير الثقافي تلجأ إلى التركيز على تغيير السلوك الفردي والمنظمي دون المساس بالمبادئ والقيم المترسخة في المؤسسة، أو إلى إضافة قيم جديدة لا تتعارض مع المبادئ والقيم الموجودة لدى المؤسسة، ومهما كان مستوى التغيير فإنه سيتطلب صياغة رؤية واضحة وقدراً كبيراً من الاتصال بين قيادي المؤسسة وأفرادها، وكلما كانت دوافع التغيير قوية ومقبولة لدى أفراد المؤسسة وكان التغيير تدريجياً كلما زادت فرص نجاحه، وعلى قادة المؤسسة بمختلف المستويات أن يكون لديهم الاستعداد لعكس التغيير الثقافي المطلوب على واقع سلوكهم وأفعالهم مؤكدين بذلك جديتهم في إحداث التغيير الثقافي، ومن ثم بصياغة توقعاتهم من موظفيهم على ضوء التغيير المستهدف[2].

بعد استعراض أهم مجالات التغيير فإنه يمكن استنتاج ما يلي:

- أن أي تغيير في أحد هذه المجالات قد يستلزم بالضرورة إحداث تغيير في المجالات الأخرى.
- رغم محاولة حصر جميع مجالات التغيير، فإن ذلك لا يعني انحصار مداخل التغيير في هذه المجالات فقط بل أن هناك العديد من المجالات الأخرى.

---

[1] بلعجوز حسين، عزي محمد العربي، *ثقافة المؤسسة وأثرها على الأداء العام للمؤسسة - دراسة في ضوء مقاربة الكفاية والفعالية*، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال في المؤسسات الاقتصادية، جامعة المسيلة، 03-05/04/ 2005.

[2] يوسف مسعداوي، كمال رزيق، *إدارة التغيير في المؤسسة مع التركيز على المؤسسة الجزائرية*، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

- يمكن للإدارة أن تحدد المدخل الأساسي لإجراء التغيير في المؤسسة بناء على فهم وإدراك مجموعة المتغيرات المؤثرة في حياتها وكيفية التعامل معها والتأثيرات المتبادلة بين تلك المتغيرات.
- بالرغم من أهمية كل مجال من هذه المجالات، إلا أن أهمها حسب نظرنا هو عن طريق الأفراد لأهمية دورهم الاستراتيجي داخل المؤسسة.

IV- مراحل التغيير:

هناك العديد من النماذج التي قدمت بغرض توضيح الخطوات اللازمة لإجراء التغيير الناجح في المؤسسات، ويعد أول هذه النماذج الذي قدمه كيرت لوين(Kurt Lewin)، والذي حظي باهتمام كبير وقبول واسع، وقام العديد من العلماء والممارسين باستخدامه وتطويره لكي يناسب ظروفهم، ويعتقد الكثيرون أن هذا الأنموذج يساعد كثيرا على إحداث التغيير بنجاح إذا ما طبق بصورة سليمة.

يقترح لوين أن أي تغيير مخطط وواع هو عملية تتضمن ثلاث مراحل:

1. إذابة الجليد.
2. التغيير.
3. إعادة التجميد.

وفيما يلي تلخيص لهذه المراحل:[1]

IV-1-إذابة أو إسالة الجليد *(Unfreezing)*: تتضمن هذه المرحلة إضعاف واستبعاد وإلغاء القيم والاتجاهات والممارسات والسلوكيات الحالية للفرد لكونها غير فاعلة ومناسبة للمواقف الجديدة، بما يسمح بإيجاد شعور بالحاجة لشيء جديد، فقبل تعلم أفكار واتجاهات وممارسات جديدة ينبغي أن تختفي الأفكار والاتجاهات والممارسات الحالية.

وتعتبر هذه المرحلة هامة جدا وتلعب دورا كبيرا في نجاح عملية التغيير، وقد تفشل محاولات وجهود التغيير إذا ما أهملت هذه المرحلة أو لم يتم إعطاؤها الاهتمام المناسب، كما تهدف إلى إيجاد الاستعداد وإثارة الدافعية لدى الفرد للتغيير والإبداع وتعلم معارف أو مهارات أو اتجاهات جديدة، عن طريق إلغاء أو استبعاد المعارف والمهارات الحالية، بحيث ينشأ لديه نوع من الفراغ يسمح له بتعلم أشياء جديدة لملء هذا الفراغ.

---

[1] حسين حريم، *إدارة المنظمات*، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص ص 284-285.

ولا يمكن أن يتم ذلك في المؤسسة ما لم تقم بتهيئة كل الأفراد فيها، حيث يتم تحرير الموقف الذي يتعرض له الأفراد والأقسام والمؤسسة من أي متغيرات تؤدي إلى ثبات الموقف، ومن ضمن أساليب تحرير أو إذابة الموقف ما يلي:[1]

- منع أي مدعمات أو معززات لأنماط السلوك التي تمثل نوعا من المشاكل التي يجب تغييرها وذلك لإظهار أن أنماط السلوك السيئة هي شيء غير مرغوب فيه.
- انتقاد التصرفات والسياسات وأساليب العمل والتصرفات التي تؤدي إلى مشاكل.
- إشعار العاملين بالأمان تجاه التغييرات التي قد تحدث مستقبلا.
- نقل الأفراد من القسم أو جو العمل الذي يشجع أساليب العمل والتصرفات غير المرغوبة.
- تغيير بعض الظروف المحيطة بالتصرفات السيئة.

IV-2-التغيير: *(change)*: ويتم هنا الشروع بانجاز التغيير أو القيام بالصيغ الهادفة في تنفيذ تغييرات محددة، من خلال تطوير القيم والاتجاهات وإنشاء أنماط سلوكية جديدة تنسجم مع الاتجاهات التي يتطلبها التغيير المستهدف في إنجاز التوجهات أو التطورات الجديدة[2].

ويتم القيام بالتغييرات المطلوبة على ضوء التشخيص الذي يفترض أن يكون قد تم مسبقا من خلال الدراسات والمسوحات الميدانية، وغيرها من الأساليب العلمية.

وفي هذا المرحلة يتعلم الفرد أفكارا وأساليبا ومهارات ومعارف جديدة، فيسلك سلوكا جديدا، أو يؤدي عمله بطريقة جديدة؛ أي أنه يتم في هذا المرحلة تغيير وتعديل فعلي في بعض أو كل مجالات ومناطق التغيير.

وبالتالي فإن مرحلة التغيير ليست فقط مرحلة تدخل بل هي مرحلة تعلم يكتسب فيها كل من الأفراد وجماعات العمل والمؤسسة أنماطا جديدة من التصرف والسلوك والتي تساعدهم في مواجهة مشاكلهم وفي التغيير إلى الأحسن.

ويحذر لوين من التسرع في الإقدام على هذا المرحلة وتغيير الأمور والأشياء بسرعة غير معقولة، لأن ذلك يؤدي إلى بروز مقاومة لتغيير الوضع الحالي، إذا لم يتم إلغاء الوضع الحالي وإلقاؤه بعيدا؛ أي إذابة الجليد بشكل سليم، ويصاحب هذا المرحلة الإرباك والتشويش وشعور بالقلق.

وتهتم مرحلة التغيير بتحديد الأشياء المطلوب تغييرها أو تعلمها أو ما يشار إليه بتحديد أهداف التغيير وتطبيقه من خلال أدوات ووسائل التغيير.

---

[1] أحمد ماهر، مرجع سابق، ص610.

[2] خضير كاظم محمود، مرجع سابق، ص 193.

ويتم التركيز أثناء مرحلة التغيير على محاولة الإجابة على الأسئلة التالية:[1]

السؤال الأول: ما هو هدف التغيير؟ أي ما هي النتيجة النهائية المرغوبة من التغيير؟

الإجابة على هذا السؤال تنحصر في أهداف تمس مجالات التغيير؛ كزيادة مهارة الأفراد وتنمية قدراتهم على التأثير والاتصال، منحهم سلطات إضافية، إعادة تصميم هياكل تنظيمية لتقوية الاتصالات بين الوحدات والأقسام، إدخال تكنولوجيا جديدة، أو إستراتيجية جديدة...

السؤال الثاني: كيف يتم التغيير؟ أي ما هي الأساليب المستخدمة في عملية التغيير؟

أما الإجابة على هذا السؤال، فيمكن القول أن هذه الأساليب تختلف حسب الفئة المستهدفة من التغيير؛ أي حسب المجال الذي سيتم فيه التغيير؛ فمثلا إذا كان على مستوى الأفراد فمن بين هذه الأساليب هي التدريب بأنواعه، النقل، الترقية... وإن كان على مستوى الهيكل التنظيمي؛ تستخدم إعادة تنظيم الهياكل وإعادة تصميم الوظائف...

السؤال الثالث: ما هي طرق التعرف على الحاجة للتغيير؟ أو ما هي أساليب قياس الحاجة للتغيير؟

والإجابة هنا تنحصر في ضرورة قيام المؤسسة بسعي صريح للتعرف على وقياس الحاجة إلى التغيير، ويتم ذلك من خلال بحوث عن رضى العاملين، وعن أداء الأفراد والجماعات والمؤسسة ككل، ومن خلال المناقشات والاجتماعات، ومن خلال دراسات عن النواتج الختامية للمؤسسة...

IV-3-إعادة التجميد *(Refreezing)*: لا يكفي إحداث التغييرات بل من المهم جدا حماية ما تم إنجازه، والحفاظ عليه وعلى المكاسب الناتجة عنه.

وبالتالي فإن هذه المرحلة تهتم بحماية وصيانة التغيير الذي تم التوصل إليه؛ وبمعنى آخر هو التثبيت والحفاظ على المزايا التي تم تحقيقها أطول فترة ممكنة بل وضمان استمراريته وثباته.

وتتناول هذه المرحلة تحقيق سبل الاستقرار النسبي للمؤسسة بعد أن استوعبت التغيير لغرض تحقيق حالة التوازن الجديدة التي تم اعتمادها في التنفيذ، ويستدعي الأمر أن تتكيف كافة الأنماط السلوكية الجديدة للأفراد للانسجام مع هذا التغيير وتقبل استمراره[2].

وهذا يعني أن ما تعلمه الفرد من أفكار ومهارات واتجاهات جديدة في مرحلة التغيير يتم دمجه في الممارسات الفعلية.

وتصبح الأساليب والطرق الجديدة سهلة ومرضية، ويمكن أن يتم ذلك من خلال إتاحة الفرصة للعاملين لإظهار سلوكهم، وينبغي استخدام التدعيم أو التعزيز الإيجابي لتعزيز التغيير المرغوب.

[1] أحمد ماهر، مرجع سابق، ص ص 613-614.

[2] خضير كاظم محمود، مرجع سابق، ص194.

وللحفاظ على عملية التغيير يمكن أن تتبع المؤسسة طرقا منها:[1]

- المتابعة المستمرة لنتائج تطبيق التغيير، ومقارنة هذه النتائج الفعلية بالنتائج المخططة والمطلوبة، ومناقشة الانحرافات المحتملة ومحاولة علاجها.
- الاستمرار في تدريب العاملين والمشاركين في التغيير في تطوير الأسس والمبادئ العلمية للتغيير وأدواته.
- توفير سبل اتصالات منفتحة بين المشاركين في التغيير، مع توفير كافة المعلومات المرتبطة به.
- بناء أنظمة حوافز لتشجيع الأقسام والأفراد الناجحين في المساهمة في عملية التغيير.
- تكريم الأشخاص وجماعات العمل والمديرين المساهمين في التغيير.
- إنشاء أنظمة تشجيع الاقتراحات الخاصة بالسلوك الإبداعي والابتكار سواء في العمليات الفنية أوفي العمليات الإدارية.
- الاجتماعات والمناقشات المستمرة لعملية التغيير ومشاكلها وتحديد سبل العلاج.
- إنهاء دور المستشارين الخارجيين الذين استعانت بهم المؤسسة في عملية التغيير بالتدريج، وإنشاء نظام متابعة داخلي يحل محل هؤلاء المستشارين.
- الإبقاء على العلاقة مع المستشارين الخارجيين بشكل يتيح الزيارة من وقت لآخر، حتى يمكن متابعة نتائج التغيير.
- التأكيد على التغييرات في القيم والاتجاهات وتوضيح العلاقة بين أنماط السلوك الجيدة والقيم السائدة.

وعلى الرغم من القيمة التي يعطيها نموذج لوين للتغيير من حيث إبرازه للتغيير المخطط، وتوصيل أهميته وقيمته للأفراد، وكذلك من حيث ضرورة الحصول على تأييد ودعم لمثل هذا التغيير، إلا أن هذا النموذج يفتقد إلى تحديد دقيق وتفصيلي للعمليات الواجب القيام بها لإحداث التغيير الناجح وبالتالي فإن هناك حاجة إلى نموذج يعتمد عليه لكنه أكثر شمولا وتفصيلا يتضمن مختلف المراحل لعملية التغيير ووجدت العديد من النماذج منها ما هو موضح بالشكل التالي:

[1] أحمد ماهر، مرجع سابق، ص ص 614-615.

الشكل رقم(02): خطوات عملية التغيير في المؤسسة

- إدراك الحاجة إلى القيام بالتغيير
- وضع الأهداف الخاصة بالتغيير
- تشخيص المتغيرات المتعلقة بالتغيير
- اختيار الأسلوب المناسب للتغيير
- التخطيط لعملية تطبيق التغيير
- التطبيق الفعلي للتغيير
- تقييم ومتابعة التغيير

المصدر: محمد فريد الصحن وآخرون، مرجع سابق، ص311.

ويقصد به:[1]

- **المرحلة الأولى:** إدراك الحاجة للتغيير، أي إلمام المديرين بأن التغيير في مجال معين داخل المؤسسة قد أصبح أمرا حتميا، وقد يكون المؤشر المباشر للحاجة إلى هذا التغيير هو تقدير أو تنبؤ يشير إلى وجود أسواق جديدة يمكن للمؤسسة استغلالها...، وقد يعمل المدير على البدء في التغيير لأن بعض المؤشرات قد تشير إلى ضرورة القيام به في المستقبل القريب.
- **المرحلة الثانية:** تحديد الأهداف من التغيير، بمعنى توضيح أهمية التغيير والنتائج المتوقعة منه.

[1] محمد فريد الصحن، مرجع سابق، ص ص 311-313.

- **المرحلة الثالثة:** التشخيص؛ أي تحديد المتغيرات التي أدت إلى ضرورة القيام بهذا التغيير، وتعد هذه الخطوة حرجة لأن المديرين إذا قاموا بالتشخيص الخاطئ للمشكلة فسوف يترتب عن ذلك استخدام موارد المؤسسة في إجراء تغيير لا تحتاج له، بينما تبقى المشكلة كما هي دون حل.
- **المرحلة الرابعة:** اختيار أسلوب التغيير الذي يمكن أن يحقق أهدافه؛ وتتعدد الأساليب الممكنة في التغيير حسب الهدف أو النتيجة المراد الوصول إليها.
- **المرحلة الخامسة:** التخطيط لعملية التغيير، وقد تتضمن هذه الخطوة بعض الاعتبارات كتكلفة التغيير، التأثيرات المحتملة للتغيير، تحديد درجة مشاركة العاملين في إحداث عملية التغيير.
- **المرحلة السادسة:** تنفيذ أو تطبيق التغيير وفقا للخطة الموضوعة ويجب أن تتوقع المؤسسة بعض المشاكل وتستعد لها تجنبا للحكم المتسرع على عدم جدوى مشروع التغيير.
- **المرحلة السابعة:** تقييم نتائج وآثار التغيير ومدى تحقيقه للأهداف من استخدامه، والمقارنة بين خطة التغيير والنتائج المتوقعة منه، ومعرفة أسباب الانحراف إن وجد وكيف يمكن علاجها...

المبحث الثاني: إدارة التغيير:

سنقوم في هذا المبحث بالتعرف على مفهوم إدارة التغيير ودور القيادة في إدارة التغيير وما هي أهم الأساليب التي تنتهجها الإدارة لإحداث التغيير.

I- ماهية إدارة التغيير:

يجب أن نميز بين التغيير كظاهرة و إدارة التغيير كمنهج علمي تطبيقي له أسس وقواعد وأصول، فإخضاع هذه الظاهرة للبحث العلمي والضبط والتجريب ولوظائف الإدارة المختلفة يساعد إلى حد كبير في السيطرة على اتجاه التغيير ومداه وكيفية حدوثه، ويصبح مبرمجا كوسيلة تارة وكهدف تارة أخرى، وكجزء من التخطيط في أبعاده التكتيكية والاستراتيجية.

I-1-تعريف إدارة التغيير: إن إدارة التغيير ليست سوى تطبيق فعلي لعملية صنع القرار في الفكر الإداري المعاصر، ويتوقف نجاحها إلى حد كبير على مدى دراستها وتحليلها للعوامل البيئية المؤثرة، وتعرف على أنها: "تحرك الإدارة لمواجهة الأوضاع الجديدة وإعادة ترتيب الأمور بحيث تستفيد من عوامل التغيير الايجابي، وتجنب أو تقليل عوامل التغيير السلبي، أي أنها تعبر عن كيفية استخدام أفضل الطرائق اقتصادا وفعالية لإحداث التغيير لخدمة الأهداف المنشودة "[1] أي أنها "فلسفة لإدارة المنظمة(المؤسسة) تتضمن التدخل المخطط في أحد أو بعض جوانب أو أوضاع المنظمة لتغييرها بهدف زيادة فعاليتها وتحقيق التوافق المرغوب مع مبررات هذا التغيير"[2] .

I-2-وظائف إدارة التغيير: تقوم إدارة التغيير بعمليات التخطيط والتنظيم والمراقبة لعملية التغيير، ويقصد بعملية تخطيط التغيير وصف لما يجب انجازه في عملية التغيير، ووصف للطريقة والأسلوب المستخدم في ذلك، وخطة التغيير يجب أن تحتوي في أجزائها إجابة على عدة أسئلة منها:

- كيف يمكن التعرف على مشاكل المؤسسة؟
- كيف يمكن جمع معلومات عن المشاكل؟
- كيف يمكن تشخيص المشاكل وبدائل الحلول؟
- ما هي وسائل الاتصال المستخدمة في تداول المعلومات عن خطط التغيير؟
- ما هي طرق التغلب على الضغوط المحيطة بعملية التغيير؟

[1] رعد حسن الصرن، *صناعة التنمية الإدارية في القرن الحادي والعشرين*، دار الرضا للنشر، دمشق، 2002، ص 239.

[2] مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سابق، ص375.

- ماهي المراحل التي سيمر بها التغيير؟

أما تنظيم التغيير فيعني من يقوم بالتغيير؟ ومتى وكيف تتم العملية؟

أما عن من يقوم بالتغيير؛ فيقصد به المستويات التنظيمية والإدارية التي ستشترك في جمع المعلومات وتشخيص المشاكل وتطبيق الحلول، وأيضا يعني من هم الأفراد داخل هذا المستويات الذين سيشتركون في هذا الخطوات ودرجة المشاركة...

أما عن متى تتم عملية التغيير؛ أي أن تقوم الجهة المسؤولة بوضع خطة زمنية تحدد خطوات ومراحل عملية التغيير بشكل زمني يكون إلزاما على القائمين إتباعه.

أما عن كيف تتم عملية التغيير؛ فهي تهتم بمعرفة الأدوات والوسائل التي تستخدم لإحداث التغيير وذلك حسب طبيعة المشكلة والشيء المستهدف من التغيير.

وتتم مراقبة عملية التغيير في جميع الخطوات السابقة.

I-3-مسؤولية التغيير: تواجه المؤسسات الساعية للتغيير مشكلة الإجابة عن السؤال التالي: من يقوم بالتغيير؟

وأبسط إجابة عن هذا السؤال هي: إما أن تقوم المؤسسة بنفسها بالتغيير، أو أن تعتمد على مستشارين خارجيين لتحريك هذا التغيير، وداخل كل بديل من هذين البديلين تتعدد الاحتمالات والطرق، والبديل الثالث هو أن تعتمد المؤسسة على البديلين معا، وعلى المؤسسة هنا أن تحدد دورها في التغيير، ومدى تدخل المستشار الخارجي ودوره في التغيير، وفيما يلي سنحدد كيف يمكن أن تتوزع مسؤولية التغيير:

1. **سلطة التغيير داخل المؤسسة:** تقوم الإدارة العليا في المؤسسة بتحديد من له سلطة التغيير، وهناك ثلاث بدائل:[1]

أ-الإدارة العليا: وهنا يستأثر المديرون بمعظم أوكل السلطات الخاصة بعمليات التغيير من تخطيط وتنظيم وإصدار كل القرارات المتعلقة بذلك بالاعتماد على خبراتهم الذاتية أو الاسترشاد بالمعلومات والتقارير التي ترد من مرؤوسيهم، ويعد هذا اتصالا ذا اتجاه واحد من أعلى إلى أسفل؛ فيحدد المدير أو الرئيس التغيير الذي سيحدث ويحدد دور المرؤوسين في العملية، وقد تقوم الإدارة مثلا باستبدال الأفراد ونقلهم بافتراض أن هذا الإحلال سيؤدي إلى تغيير مطلوب في مهارات العاملين.

---

[1] أندرو دي سيزلاقي، مارك جي والاس، *السلوك التنظيمي والأداء*، ترجمة جعفر أبو قاسم أحمد، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1991، ص546.

ثانيا: المشاركة: تقوم الإدارة العليا بإشراك باقي المستويات التنظيمية في عملية التغيير، ويعتمد هذا على افتراض أن المستويات التنظيمية ذات كفاءة وأهلية للمشاركة، وأنها ذات تأثير قوي على مصير المؤسسة، وبالتالي قد يكون من الأفضل وجود تفاعل بين المستويات التنظيمية المختلفة، وتتم مشاركة العاملين إما من خلال قيام الإدارة بتشخيص المشكلة موضوع الدراسة وتعريفها وتحديد البدائل لحلها، وهنا يطلب من العاملين المشاركة في اختيار البديل المناسب، أو أن تقوم الإدارة بمشاركة العاملين في تحديد المشكلة وجمع المعلومات عنها والتوصل إلى بدائل وإيجاد الحل.

ثالثا: التفويض : تقوم الإدارة العليا هنا بالتفويض لباقي المستويات التنظيمية والعاملين بالمؤسسة في تحديد معالم التغيير المناسب، وعلى هذا المستويات أو الأقسام أو العاملين الاطلاع على معظم مهام التغيير من تحديد للمشاكل وبدائل الحلول أو اختيار الحل المناسب واتخاذ القرارات التي يعتقدون أنها مناسبة لحل مشاكلهم.

2. **الاستشاريون من خارج المؤسسة:** تعتمد الكثير من المؤسسات على المساعدة الخارجية من أحد الاستشاريين، مثل المكاتب الاستشارية، ويختلف دور الاستشاري في تحريك عملية التغيير حسب السبب الذي قامت المؤسسة بإحضاره لأجله، وعلى كل من المؤسسة والاستشاري أن يحددا دورهما بدقة.

- **أطراف خارجية أخرى في التغيير:** قد تدخل المؤسسات المشرفة على بعض القطاعات الاقتصادية في تطوير هذا القطاعات التي تعمل ضمنها المؤسسة محل التغيير.

كما قد يتدخل الوزراء المشرفون بحكم مناصبهم للتأثير في شغل المناصب الهامة من خلال التعيين والنقل وإعادة تنظيم تلك المشروعات التي تثبت عدم قدرتها على الربح وتحقيق أهدافها، أو تتدخل الجمعيات العلمية الإدارية، وجمعيات اتحادات الصناعة والتجارة، نقابات العمال، جمعيات حماية المستهلك... من خلال ما تجريه من مفاوضات مع المؤسسات.

إن نجاح التغيير يعتمد بدرجة كبيرة على الأفراد الذين يقودون ويدعمون عمليات التغيير، ويطلق عليهم وسطاء التغيير، وقد يكونون استشاريين من خارج المؤسسة، أو مدراء وقادة فرق العمل واختصاصيين من داخل المؤسسة، ويعرف **وسيط التغيير(Change agent)** بأنه "شخص تم منحه مسؤولية واضحة للإشراف على تطبيق تغيير محدد داخل مؤسسة ما، وقد يكون هذا الشخص عضوا في المؤسسة(وسيط داخلي للتغيير) أومستشار خارجي(وسيط خارجي للتغيير)"[1].

[1] نيجل كنك، نيل أندرسون ***إدارة أنشطة الابتكار والتغيير***، ترجمة محمود حسن حسني، دار المريخ، السعودية، 2004، ص201.

II- دور القيادة في إدارة التغيير:

إن العلاقة بين المدير والقائد هي علاقة تكامل وليست علاقة تضاد، فتحتاج المؤسسات إلى القائد ذو المهارات الإدارية، لأن القائد والمدير كليهما لديه إيجابيات وسلبيات، فالذي نحتاجه مزج إيجابيات القائد مع إيجابيات المدير لنحصل على "المدير القيادي".

يقول (Jon.P.Ketter) أستاذ إدارة التغيير في جامعة هارفارد في كتابه (قيادة التغيير) "لا غنى لأي منظمة عن وجود القيادة والإدارة، فوجود إدارة فقط يؤدي إلى وجود الجمود وعدم مسايرة التقدم نظراً للتركيز على التفاصيل دون النظر إلى الصورة الكاملة، إلى تجنب المخاطرة والتركيز على التخصص والتمسك باللوائح والقوانين، أما إذا توافر الجانب القيادي فقط دون الجانب الإداري فيصبح التركيز على الخطوط العريضة والصورة الشاملة، دون الاهتمام بالتفاصيل، ويسود عدم الاكتراث بالمصادر المتاحة والميزانيات، والتركيز على تفجير الطاقات دون التقيد بقواعد الرقابة مما يترتب عليه فرض التغيير دون مراعاة المخاطر المحتملة"[1]

ولمواجهة تحديات التغيير فإن المؤسسة في حاجة إلى إدارة للتغيير بأفراد لديهم القدرة والمهارات اللازمة للقيادة، فقد أصبح مفهوم القيادة يترافق مع كل صور النجاح الذي تحققه المؤسسات، ويتسم بها الأشخاص الذين يتمكنون من تحقيق أهداف مؤسساتهم وبلوغ نتائج متميزة.

II-1- مفهوم القيادة: تعرف القيادة على أنها: "عملية التأثير على أنشطة الأفراد والجماعات من أجل تحريكهم إراديا تجاه تحقيق هدف مشترك في إطار ظروف موقف معين"[2]، وقيادة التغيير تتطلب:

- سلطة شرعية وقانونية.
- رؤية تحول عدم الرضى عن الوضع الحالي إلى رضى عن واقع أفضل.
- موارد تضمن قيام وتنفيذ التغيير بكافة مراحله.
- مشاورات لتجنب انعكاسات التغيير ومقاومته.
- رقابة وتخطيط مستمرين.
- متابعة للتأكد من أن التغيير حقق أهدافه.

إذن فالقائد التغييري هو باعث التغيير ومحرك سلوكات الأفراد أو المجموعات بهدف إنجاز ما ينبغي تغييره من أماكن ومناخات مختلفة تعمل بها مؤسسته.

---

[1] سعد بن عبد الله العباد، مقال ***جسور قيادية***، إدارة واقتصاد، من موقع www.islamtoday.net، بتاريخ 2007/10/20.

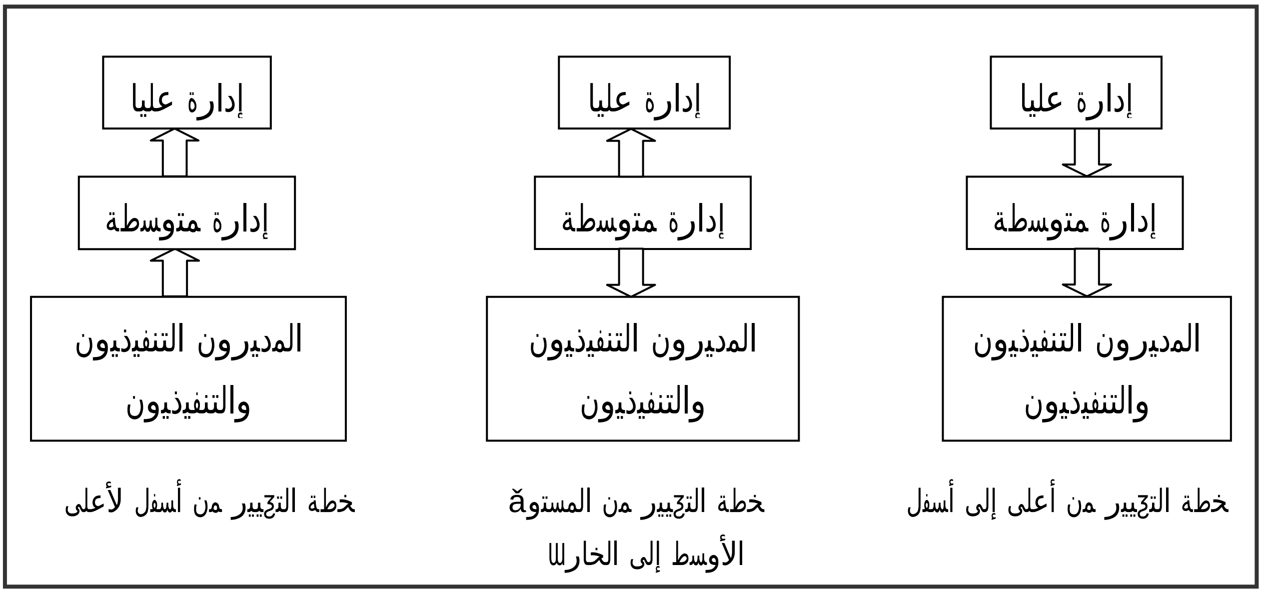
[2] سعيد محمد المصري، ***التنظيم والإدارة***، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1999، ص 192.

وانطلاقا مما سبق نستطيع القول أن إدارة التغيير هي على نوعين:[1]

1. **التغيير من أعلى إلى أسفل:** هو نموذج عن القيادة الاستراتيجية التي تهتم بالتغيير الاستراتيجي والشامل بمبادرة من القيادة العليا، ويهدف هذا التغيير العلوي إلى إحداث تأثير كبير على المؤسسة، ويركز على إدخال تغييرات جديدة على نظم المؤسسة وعلى إعادة الهيكلة...
2. **التغيير من أسفل إلى أعلى:** يحدث نتيجة مبادرات تغييرية يقوم بها عدد من المديرين ويدعم من جميع المستويات الادارية الأخرى العاملة، يشجع هذا الأسلوب على المشاركة في اتخاذ القرارات وتمكين الأفراد من أداء أعمالهم بشكل أفضل...

وقد تنشأ برامج التغيير من المستوى الأوسط(الادارة الوسطى) باتجاه الادارة العليا والمستوى التنفيذي، والشكل التالي يوضح المواقع المحتملة لذلك:

الشكل رقم(03): المواقع المحتملة لتطبيق التغيير



المصدر: راجع أندرو دي سيزلاقي ومارك جي والاس، مرجع سابق، ص568.

والقائد الاداري الناجح هو الذي يسعى جاهدا في تحقيق الكفاءة والفاعلية في توفير المناخ الملائم الذي يشجع ويحفز العاملين لاستخدام أقصى طاقاتهم وإمكانياتهم، كما يتميز القائد الاداري بالابداع والمبادأة في العمل والرغبة في التغيير، لا يهتم اهتماما زائدا بالتعليمات بحيث تسيطر وتهيمن على تفكيره وعلى سلوكه، القيادة عندئذ هي القدرة على تحديد ما يجب عمله وجعل الآخرين يقومون به...

[1] حسن إبراهيم بلوط، ***المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات***، دار النهضة العربية، لبنان، 2005، ص 351.

II-2- السمات والمهارات المطلوبة لقادة التغيير: إن بناء قيادة رائدة يتطلب توفر قيادة واعية وبصفات مميزة، إذ أن قناعة واستعداد هذا القيادة يعتبر خطوة أساسية نحو التغيير، ولا بد من تعزيزها، ومن أهم السمات والمهارات اللازمة، لكل فرد يتحمل مسؤولية القيادة نجد:[1]

المهارات الذاتية ، المهارات الفنية ، المهارات الإنسانية ، والمهارات الذهنية، حيث يقصد بها:

1- **المهارات الذاتيـة:** السمات والقدرات اللازمة في بناء شخصية الأفراد ليصبحوا قادة، ومنها:

أ- السمات الجسمية: وتشمل كافة الاستعدادات المتصلة بالناحية الجسمية كالقامة والهيئة، والاستعدادات الفيزيولوجية بالمعنى الدقيق كالصحة الجسمية والنفسية.

ب- القدرات العقلية: تمثل مجموعة الاستعدادات الفكرية والعادات الذهنية والاعتقادات الأساسية، وهي قدرات تختلف باختلاف البيئات والمجتمعات، ومن أهم هذا القدرات الذكاء.

ت- المبادأة والابتكار: فالمبادأة تعني الميل الذي يدفع الفرد إلى الاقتراح أو العمل ابتداء وسبقا للغير، والقدرة على توقع الاحتمالات وابتكار الوسائل الكفيلة بمواجهتها.

ث- ضبط النفس: أي القدرة على ضبط الحساسية وقابلية الانفعال، ومنعهما من إعاقة القدرات الجسمية والنفسية

2- **المهارات الفنيـة:** القدرة على استخدام المعرفة المتخصصة والبراعة في استخدام الطرق العلمية المتاحة، والوسائل الفنية الضرورية لإنجاز العمل، ومن أهم السمات والقدرات التي ترتبط بالمهارة الفنية للقائد نجد: القدرة على تحمل المسؤولية، الفهم العميق والشامل للأمور، الحزم، الإيمان بالهدف وبإمكانية تحقيقه.

3- **المهارات الإنسانية:** قدرة القائد على التعامل مع مرؤوسيه وتنسيق جهودهم، وخلق روح العمل الجماعي بينهم، وهذا يتطلب وجود الفهم المتبادل بينه وبينهم، ومعرفته لآرائهم وميولهم واتجاهاتهم، ويجد القائد في اكتسابه لها صعوبة مقارنة بالمهارة الفنية، ومن سماتها: الاستقامة وتكامل الشخصية، الأمانة والإخلاص والخلق الطيب، القدرة على التعامل مع الأفراد.

4- **المهارات الذهنيـة:** قدرة القائد على رؤية المؤسسة التي يقودها، وفهمه للترابط بين أجزائها ونشاطاتها، وأثر التغييرات التي قد تحدث في أي جزء منها على بقية أجزائها، وقدرته على تصور وفهم علاقات الموظف بالمؤسسة وعلاقات المؤسسة ككل بالمجتمع الذي تعمل في إطارها، وينبثق عن المهارة الذهنية مهارتان: المهارة السياسية والمهارة الإدارية:

[1] براق محمد، حوتية عمر، ***القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

أ- **المهارة السياسية:** أي قدرة القائد على أن يجعل من قيادته انعكاسا للاتجاهات السياسية للدولة، ولعادات وتقاليد شعبها، وتعتمد على توفر قدرات معالجة المشاكل الإدارية في إطار السياسة العامة للدولة...

ب- **المهارة الإدارية:** قدرة القائد على فهم عمله وممارسة نشاطه بما يتلاءم وتحقيق أهداف المؤسسة، وما يكفل تحقيق متطلبات المرؤوسين وإشباع حاجاتهم، ومن دلائلها: كفاءة التخطيط والتوزيع العادل للعمل داخل المؤسسة، التقييم الموضوعي والعادل للأفراد، إبراز وتطوير القدرات الكامنة لدى مرؤوسيه وتدريبهم، وكفاءته في ممارسة الرقابة للتحقق من إنجاز الأعمال على أفضل وجه، ومن متطلبات الكفاءة الإدارية: القدرة على اختيار أفضل الأساليب التي تكفل الحصول على أكبر قدر من الكفاءة الإنتاجية، كما ترتبط بها خبرة القائد السابقة في مجال وظيفته.

II-3- القائد الإداري الذي تحتاجه المؤسسة: تتحدد المتطلبات الرئيسية للقائد الذي تحتاجه المؤسسات في السمات التالية:[1]

- التفكير الاستراتيجي والرؤية المستقبلية المستشرفة اللازمة لإدارة إستراتيجية فاعلة.
- الإدارة المبادئة المتحسبة بدلا من الإدارة برد الفعل.
- الرؤية الشمولية التي تساعد على الربط بين المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، وبين نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات وربطها في علاقات تكاملية هادفة ضمن تخطيط استراتيجي فاعل وتفكير إبداعي مثمر.
- الرؤية الانتقادية الهادفة للتغيير والتحسين المستمر وتنفيذ برامج التغيير من خلال الإبداع والتحسين المستمر.
- التعامل الكفء مع تكنولوجيا المعلومات (يصنف ويحلل وينتقي ويكامل ويربط فيستنتج)، وينقل هذا المعارف والمهارات لمرؤوسيه.
- تبني الأساليب الإدارية المعاصرة لتعزيز تنافسية المؤسسة، مثل إدارة الجودة الشاملة وإعادة الهندسة...
- الإدارة بالتفكير الإبداعي.
- الإدارة بالتحفيز والابتعاد عن أساليب التحفيز التقليدية لتفجير الطاقات، ويراعى في ذلك:[2]

---

[1] أحمد سيد مصطفى، ***نحو قيادة إبداعية لموارد بشرية*** - التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، التحديات، مصر، 2006، ص ص 420-422.

[2] بسيوني محمد البرادعي، ***تجربة وزارة الكهرباء والطاقة في الاكتشاف المبكر للقيادات المستقبلية بهدف إعدادها*** -التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2006، ص516.

- مخاطبة القيم السائدة لدى العاملين.
- إعطائهم أكبر قدر من الحرية والمرونة في أداء الأعمال بشكل تعاوني.
- إيجاد المناخ التنظيمي الذي يفتح قنوات الاتصال ويشعرهم بأهمية دورهم.
- مكافأة المتميزين علنا مما يعمق شعورهم بالإنجاز.
- القيادة بالقدوة الحسنة.
- فتح قنوات اتصال مستمرة بين القادة والعاملين لدعم الرؤية المستقبلية وربطها بأفكار العاملين.

- الإدارة بالتفكير الإبداعي بدلا من الإدارة باللوائح.
- التمكين الفاعل للعاملين في فرق عمل ذاتية الإدارة مع إشراكهم في المعلومات، وتدريبهم ونصحهم.
- تبني مدخل التحسين المستمر.
- التوجه للسوق العالمية بدلا من الانحصار في السوق المحلية.
- اكتساب قدرات المدير العالمي للقدرة على التكيف مع أشخاص من ثقافات مختلفة كعملاء وموردين وشركاء ومنافسين... والقدرة على فهم معتقداتهم وقيمهم وتفهم المعايير الحكومية من سوق لآخر.
- التحلي بإرادة التغيير قبل إدارة التغيير.

III- الأساليب التي تستخدمها إدارة التغيير:

لا يوجد تحديد دقيق أو متعارف عليه للأساليب أو الاستراتيجيات التي يمكن أن تتبعها المؤسسة لإجراء التغيير بداخلها، فوجدت عدة طرق أو إجراءات تستخدم على المدى القصير أو الطويل، و قد قمنا باختيار ثلاثة أساليب التي من الممكن أن تحدث تغييرا واضحا وناجحا(على المدى الطويل) إذا ما تم تبنيها بطريقة جيدة.

وقبل ذلك علينا أن نتعرف على العوامل التي تؤثر في اختيار الأسلوب(الاستراتيجية) المناسب للمؤسسة، التي من أهمها:[1]

1. **أهداف التغيير:** يعتبر تحديد أهداف التغيير من أصعب وأهم جوانب عملية التغيير، ويبقى الهدف النهائي للتغيير هو المساعدة على إيجاد مؤسسة متجددة، مبدعة ومتكيفة.

وفي عملية تحديد الأهداف يجب الأخذ في الاعتبار مضمون الأهداف وكيفية تحديدها وأيضا إمكانية تحقيقها؛ إذ أن تحديدها من قبل وسيط التغيير أو الإدارة العليا أو بمشاركة العاملين

[1] حسين حريم، مرجع سابق، ص ص 292-294 .

سيؤثر على قرار اختيار الاستراتيجية المناسبة، فالأهداف المختلفة تتطلب منا مختلفة للتغيير، وبصورة عامة يمكن القول بأنه يتم اختيار الاستراتيجية التي تناسب مدى التغيير السلوكي المطلوب لسد الفجوة بين المرغوب والواقع.

2. **الجهة المستهدفة:** يمكن أن تكون الجهة التي يستهدفها التغيير هي الفرد و/أو/الجماعة، و/أو/باقي مناطق التغيير في المؤسسة، وفي المدى البعيد قد يتناول جميع الجهات، ويبقى القرار الهام هو فيما يتعلق بالجهة المستهدفة من التغيير في المدى القصير، وهذا القرار سيكون له تأثير على اختيار إستراتيجية التغيير.

3. **الموارد المتاحة:** تحتاج جهود التغيير باعتبارها نوعا من أنواع الاستثمار إلى توافر الموارد للبدء في عملية التغيير وتنفيذها ومتابعة وتقويم نتائجه والحفاظ على استمراريته، وتشمل المواد اللازمة على: القوى العاملة، الأموال اللازمة، المعرفة والخبرة والوقت وكذلك الإرادة والنية الحسنة والثقة... وتتطلب كل إستراتيجية مزيجا خاصا من الموارد يختلف عما تتطلبه الاستراتيجيات الأخرى.

4. **الفرص المواتية والقيود:** من الأشياء التي يجب أن توضع في عين الاعتبار هي الإمكانيات والفرص المتاحة التي يمكن أن تساعد على عملية التغيير، وكذلك القيود والمحددات التي يمكن أن تعيق عملية التغيير، فالاختيار الصائب لاستراتيجية أو مدخل التغيير يتوقف على تقييم المؤسسة الدقيق لمحيطها والعاملين فيها ووسيط التغيير، والاستراتيجية ذاتها...

5. **وسيط التغيير:** وسيط أو وكيل التغيير يساعد المؤسسة على إحداث التغيير سواء فيما يتعلق باستثارة اهتمامها بالتغيير أو تخطيطه أو توجيهه أو تقييمه...

والأمر الهام هنا هو تحديد العلاقة بين المؤسسة ووسيط التغيير الذي يحاول مساعدتها، وتختلف طبيعة هذه العلاقة باختلاف الظروف، أما بشأن من سيقوم بالتغيير فهو يتعلق بأعضاء المؤسسة نفسها، ولا بد من اتخاذ قرار بشأن مشاركة أفراد المؤسسة في عملية التغيير.

ومن بين الأساليب التي تم اختيارها:

III-1- إدارة الجودة الشاملة: إن المؤسسات التي تبحث عن الجودة لتحقيق رضى الزبون غالبا ما تكون مهيأة للتغيير، وأحسن وسيلة لذلك هو تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة، باعتباره نظام إداري فلسفي شامل قائم على أساس التغيير نحو الأحسن لكل شيء، حيث يشمل هذا التغيير جوانب عديدة مثل: الفكر، السلوك، القيم، المعتقدات التنظيمية، المفاهيم الإدارية، نمط القيادة الإدارية، نظم وإجراءات العمل الأداء...، من أجل التحسين المستمر لكل مكونات المؤسسة للوصول إلى أعلى

جودة في المخرجات، وبأقل تكلفة بهدف تحقيق أعلى درجة من الرضى لدى زبائنها، وسنحاول تقديم هذا الأسلوب فيما يلي:

1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة: بداية نفرق بين مفهوم الجودة والجودة الشاملة ثم نتطرق إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

أ- **الجودة:** قدمت للجودة عدة تعاريف، منها تعريف مواصفات الأيزو 8402، إذ عرفت على أنها: "مجموعة الخصائص لمنتوج أو لخدمة التي تجعله قادرا على الوفاء بالاحتياجات الصريحة أو الضمنية"[1]

ب- **الجودة الشاملة:** "جودة كل شيء، أي الجودة في كل عناصر الإنتاج وكل المرافق طالما أنها جميعها في النهاية تشترك في خدمة للمستهلك..."[2]

ت- **إدارة الجودة الشاملة:** عرفت حسب تعريف مواصفات الأيزو 8402 أنها: "شكل من أشكال تسيير المؤسسة، يرتكز على الجودة، يقوم على المشاركة الجماعية لكل أفراد المؤسسة، وتهدف إلى النجاح(التفوق) على المدى الطويل بصورة تمكن من تلبية احتياجات ومتطلبات أفراد المؤسسة والمجتمع ككل"[3] فهي "تحول جذري في الممارسات التسييرية التقليدية لمختلف أوجه أنشطة المنظمة(المؤسسة)"[4]

2. مرتكزات إدارة الجودة الشاملة: ينبني نظام إدارة الجودة الشاملة على المرتكزات التالية:

أ- **التركيز على العميل:** فالزبون هو مرتكز كل المجهودات في فلسفة إدارة الجودة الشاملة ويجب توفير احتياجاته ومتطلباته وتنفيذ توقعاته، وهذا الأسلوب يركز أيضا على الموظفين العاملين داخل المؤسسة، ويعدهم عنصرا مهما وحيويا من عناصر مجموعة العملاء يجب تلبية حاجاته ورغباته بالجودة نفسها التي تلبى بها حاجات ورغبات العميل الخارجي.

ب- **شحذ وتعبئة خبرات القوى العاملة:** إن توفر المهارات والكفاءات البشرية وتدريبها وتطويرها وتحفيزها يعتبر من أهم الركائز التي تضمن للمؤسسة تحقيق أهدافها.

ت- **التركيز على العمليات مثلما يتم التركيز على النتائج:** إن مستوى جودة المنتج النهائي ما هو إلا مؤشر يعكس جودة العمليات، إذ أن هذا المنتج ما هو في الواقع إلا نتاج سلسلة حلقات، وكل حلقة من حلقاتها سوف يؤثر بالسلب أو بالإيجاب على جودة ما تقدمه

---

[1] Isabelle Sulklaper, ***former et motiver à la qualité***, weka, paris, 2000, p2.

[2] علي السلمي، ***إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو***، دار غريب للنشر، القاهرة، 1999، ص11.

[3] Anne Cazenave et Marine Verly, ***du système de management intégré vers un management par la qualité totale***, www.allquality.org , le 12/08./2007, p23.

[4] سمير عبد العزيز، ***اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011***، دار الإشعاع، مصر، 2000، ص99.

المؤسسة من منتجات، وعلى هذا فلا بد أن يكون للعمليات نصيب كبير من التركيز والاهتمام ولا يكون التركيز فقط على النتائج المحققة.

ث- **الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها**: إن نظام إدارة الجودة الشاملة نموذجا لإدارة الأزمات، بل إن تطبيق مبادئه يحول دون وقوع مشاكل الجودة، ويجنب المؤسسة الكثير من التكاليف التي تنفق لاكتشاف مشاكل الجودة وتصحيحها.

ج- **التحسين المستمر:** تهدف إدارة الجودة الشاملة إلى تحسين مستمر على مستوى الجودة، مستوى الاستثمار البشري، و مستوى التنظيم.

ح- **القرارات تبنى على الحقائق:** أي يجب أن تتخذ القرارات ليس فقط اعتمادا على الخبرة، أو على التخمين أوالحدس، ولكن صواب القرارات لا يتأتى إلا من خلال اللجوء لاعتماد الحقائق الواقعية، وهذا ما يتطلب توفير نظام معلومات كفء يعتمد بالأساس على الأفراد أنفسهم إذ أنهم أكثر قدرة على إدراك الحقائق.

خ- **نظام المعلومات والتغذية العكسية:** توفر المؤسسة على نظام معلومات قوي وتغذية عكسية يتيح للمرتكزات السابقة بتحقيق النتائج المطلوبة.

3. **أهداف الجودة الشاملة وفوائدها**[1]: إن الهدف الأساسي من تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة هو: تطوير الجودة للمنتجات والخدمات مع إحراز تخفيض في التكاليف والإقلال من الوقت والجهد الضائع لتحسين الخدمة المقدمة للعملاء وكسب رضاهم.

هذا الهدف الرئيسي للجودة يشمل ثلاث فوائد رئيسية مهمة:

أ- **خفض التكاليف**: إن الجودة تتطلب عمل الأشياء الصحيحة بالطريقة الصحيحة من أول مرة وهذا يعني تقليل التكاليف.

ب- **تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهمات للعميل**: فالإجراءات التي وضعت من قبل المؤسسة لإنجاز الخدمات للعميل قد ركزت على تحقيق الأهداف ومراقبتها وبالتالي جاءت هذه الإجراءات طويلة وجامدة في كثير من الأحيان مما أثر تأثيرا سلبيا على العميل.

ت- **تحقيق الجودة**: وذلك بتطوير المنتجات والخدمات حسب رغبة العملاء، فعدم الاهتمام بالجودة يؤدي إلى زيادة الوقت لأداء وإنجاز المهام وزيادة أعمال المراقبة، وبالتالي زيادة شكاوى المستفيدين من هذه الخدمات.

كما أنه هناك فوائد وأهداف أخرى لتطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- خلق بيئة تدعم وتحافظ على التطوير المستمر.

---

[1] يوسف مسعداوي، كمال رزيق، مرجع سابق.

- إشراك جميع العاملين في التطوير.
- تقليل المهام والنشاطات اللازمة لتحويل المدخلات (المواد الأولية) إلى منتجات أو خدمات ذات قيمة للعملاء.
- إيجاد ثقافة تركز بقوة على العملاء.
- زيادة الكفاءة بزيادة التعاون بين الإدارات وتشجيع العمل الجماعي.
- تحسين الربحية والإنتاجية.
- تعليم الإدارة والعاملين كيفية تحديد وترتيب وتحليل المشاكل وتجزئتها حتى يمكن السيطرة عليها.
- تحسين الثقة وأداء العمل للعاملين.
- زيادة نسبة تحقيق الأهداف الرئيسية للمؤسسة.

4. **مراحل تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة:** لإنجاز ناجح لأسلوب إدارة الجودة الشاملة، تتبع المؤسسة عدة مراحل نذكرها باختصار فيما يلي:[1]

أ- المرحلة الصفرية: ويشارك في هذه المرحلة كبار المسؤولين بالمؤسسة وبالتعاون مع محترفين (مهنيين) من أجل التنسيق حيث يراعى ما يلي:

- رسالة المؤسسة، والرؤية المستقبلية لها.
- يتم وضع الأهداف، ورسم سياسة المؤسسة بمنهجية إدارة الجودة الشاملة.

ب- مرحلة الإعداد: تحتوي هذه المرحلة على مجموعة من الخطوات:

- *قرار تطبيق إدارة الجودة الشاملة*: في هذه الخطوة تقرر إدارة المؤسسة رغبتها في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة والذي يستوجب عليها أن تكون لديها اتجاهات إيجابية تجاه هذا المسعى ودراية مبدئية به.
- *تدريب المديرين على إدارة الجودة الشاملة*: ويشمل هذا التدريب الجوانب الضرورية لإدارة الجودة.
- *صياغة رؤية المؤسسة*: وهنا يتم صياغة ما تطمح له المؤسسة مستقبلا وهي رؤية إستراتيجية، ومنها فإن إدارة الجودة الشاملة هو أداة تحقيق هذه الاستراتيجية.

ج- مرحلة التخطيط: ويتم في هذه المرحلة:

[1] بن عيشاوي أحمد، ***إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الأداة الإدارية للمنظمات***، مداخلة مقدمة في المؤتمر العالمي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 08-09/03/ 2005.

- *اختيار أعضاء لجنة الجودة:* تضم رئيس المؤسسة وممثلين على مستوى عال، وتتولى توجيه برنامج إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة و من أهم مهامها إزالة العقبات الموجودة بين الكيانات الوظيفية والتغلب على مقاومة التغيير.
- *اختيار مستشار للجودة:* غالبا ما يتم اختياره من المستويات الادارية العليا ويجب أن يتمتع بتأييد قوي لقضية الجودة.
- *تدريب لجنة توجيه الجودة والمستشار حول قضايا الجودة الشاملة:* من خلال هذه الخطوة يتم المصادقة على خطة التطبيق، كما يتم تحديد هيكل الدعم، والموارد اللازمة لتنفيذ هذا التطبيق.

ث- **مرحلة التقييم:** وتشتمل هذه المرحلة:

- *التقييم الذاتي:* والهدف منه معرفة (تقييم) وعي وإدراك العاملين بأهمية إدارة الجودة الشاملة.
- *التقييم التنظيمي:* ويتم ذلك عن طريق المقابلات الشخصية مع العاملين أو استقصائهم لتحديد الفجوة بين الثقافة التنظيمية الحالية وتلك المرغوب فيها فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة.
- *تقييم رأي الزبائن:* لمعرفة ما ينتظره الزبائن من المؤسسة، وهذا الأمر مهم لتقييم جوانب القوة والضعف فيها.
- *تقييم تكلفة الجودة:* وهي تقييم التكاليف المالية للجودة.

ج- **مرحلة التنفيذ:** وتحتوي على الخطوات التالية:

- *اختيار من سيتولى التدريب بالمؤسسة:* يتم من خلالها اختيار المدربين للمؤسسة ويتم اختيارهم على أساس المصداقية، والالتزام القوي بتطوير المؤسسة، ويتم تدريبهم بواسطة خبير خارجي، وبعد عملية التدريب هذه يتولى هؤلاء المدربين مسؤولية التدريب بالمؤسسة فيما يتعلق بقضايا الجودة الشاملة.
- *تدريب المديرين والمرؤوسين:* والذي يتضمن ما يلي:
  - الادراك والوعي بأهمية إدارة الجودة الشاملة.
  - التدريب على اكتساب المعرفة والمهارات فيما يتعلق بمهارات بناء الفرق، وديناميكية الجماعة، الاتصال، وحل المشاكل.
- *تشكيل فرق العمل:* للمساهمة في جميع المعلومات وإعطاء الاقتراحات والحلول الممكنة للمشاكل المطروحة فيما يتعلق بمجال الجودة.

ج- مرحلة تبادل الخبرات: وفي هذه المرحلة يجب الاستفادة من الخبرات المكتسبة سابقا في مجال الجودة من خلال المرحلة السابقة والتقديم الذي سجل في هذا المجال، على أن يتم دعوة كل من له صلة بالمؤسسة للانضمام إلى هذا المسعى كالمديرين وغيرهم.

III-2- إعادة الهندسة: قد تحتاج الإدارة المعاصرة إلى عملية إعادة بناء كامل(أو إعادة هندسة) للمؤسسة بما يتناسب مع معطيات العصر الحالي وأيضا التطورات المستقبلية، بالقيام بتحسينات في أداء المؤسسة عن طريق إجراء تغيرات جذرية في عمليات تنفيذ الأعمال.

1. **مفهوم إعادة الهندسة:** يعرف مايكل هامر إعادة الهندسة بأنها: "إعادة التفكير الجذري وإعادة التنظيم الجذري لعمليات المنظمة للوصول إلى تحسينات ملموسة في مقاييس الأداء سواء بالنسبة للتكاليف، الجودة، الخدمة وسرعة الأداء"[1]
2. **مرتكزات إعادة الهندسة:** ترتكز إستراتيجية إعادة الهندسة في إحداث التغيير على جملة من المرتكزات نوجزها في[2]:

أ- التفكير بطريقة جديدة: حيث يجب أن يتغير نسق التفكير ومنهجيته بالنسبة لقيادي المؤسسة ويرتكز هذا النسق التفكيري الجديد على جملة من المبادئ:
- التخلي على الافتراضات المسبقة.
- طرح الطرق والأساليب القديمة في التفكير.
- التخلي عن الأفكار الحالية.
- التطلع إلى ما يجب أن يكون.

ب- إعادة تصميم العمليات: يجري التركيز في إعادة الهندسة على العملية، والمقصود بالعملية وفق هذا المنظور، هي جملة الأنشطة التي تعالج مدخلا واحدا أو عددا من المدخلات للحصول على مخرجات محددة؛ فهي تركز على عنصر مهم يختلف عن المداخل الأخرى في التغيير التي تركز بشكل خاص على تغيير وظيفي وإعادة توزيع للموارد والمهام، أو تغييرات في الهياكل أو تغييرات سلوكية تركز على برامج التدريب والتنمية الإدارية...

ج- اعتماد تكنولوجيا متقدمة: يعتمد التغيير المعتمد على هذه الإستراتيجية آخر ما توصلت إليه التكنولوجيا من معلومات ونظم مقاييس جديدة(تكنولوجيا الإعلام والاتصال)، واستخدام هذه التقنيات بشكل فعال، بحيث يتم توظيفها للتغيير الجذري الذي يخلق أسلوبا إبداعيا في طرق وأساليب تنفيذ العمل.

---

[1] سيد الهواري، *منظمة القرن الواحد والعشرين، منهج تطوير الشركات والمؤسسات للعبور إلى القرن الواحد والعشرين*، دار الجيل للطباعة، مصر، 1998، ص 121.

[2] قاسمي كمال، مرجع سابق.

3. المؤسسات التي تحتاج إلى إعادة الهندسة التنظيمية: يمكن لجميع المؤسسات أن تنتهج أسلوب إعادة الهندسة إلا أن الاختلاف يكمن في الهدف المحدد للعملية، ويمكن تحديد المجموعات الأساسية من المؤسسات والتي تحتاج إلى إعادة الهندسة التنظيمية:[1]

- أ- **المؤسسات التي في حالة التدهور**: التي تعاني من ارتفاع في تكاليف التشغيل وانخفاض جودة الخدمات أوالمنتجات التي تقدمها، وعدم قدرتها على المنافسة وتحقيق الأرباح العالية، وإعادة الهندسة في هذه المؤسسات تدفعها للتغلب على مشاكلها.
- ب- **المؤسسات التي في طريقها إلى التدهور:** التي لم تتدهور بعد، لكن هناك مؤشرات قوية بأنها في طريقها إلى التدهور؛ كتناقص حصتها في السوق لصالح المنافسين، الارتفاع التدريجي في تكاليف التشغيل والإنتاج، الانخفاض التدريجي في الأرباح، وانخفاض الأسهم...، هذه المؤسسات التي تصارع من أجل البقاء ولا تملك القدرة على مسايرة التطور والمنافسة بشكل قوي، تحتاج حتماً لإعادة هندسة العمليات الإدارية لتتمكن من الحفاظ أو استعادة مكانتها في السوق.
- ج- **المؤسسات المتميزة والتي بلغت قمة التفوق والنجاح:** لا تعاني من مشاكل إطلاقا، وهناك مؤشرات قوية بأنها تسيطر على السوق، وتملك حصة عالية جدا مقارنة بالمنافسين، وتشهد ارتفاعا تدريجيا في أرباحها وأسهمها وحصتها في السوق، ولا تعاني إطلاقا من زيادة في تكاليف التشغيل، أو تدني جودة ما تقدمه من خدمات ومنتجات، هذه المؤسسات تحتاج لإعادة هندسة العمليات الإدارية لتتمكن من البقاء في القمة وتحافظ على الفجوة بينها وبين المنافسين.

كما أن توفر الحد المطلوب من النجاح يستلزم مراعاة الشروط التالية حين تطبيق هذا الأسلوب وأهمها:[2]

- مستوى عال من الإدراك والوعي، ومن التدريب والتعليم لدى العاملين.
- توفير ثقة أكبر بالعاملين وبقدراتهم، بما يضمن تحقيق مستوى أداء عالي ومتطور.
- التركيز على روح الفريق في العمل بدلا من العمل الفردي.
- إعطاء دور مهم وأساسي للإدارة العليا في إدارة وتوجيه التغيير وتحقيق المشاركة فيه، وإعلام العاملين بأكبر قدر ممكن من المعلومات عن أسباب التغيير وتوجهاته وغاياته ومراحله.
- الاستعانة بالخبراء والمختصين في مجالات التنظيم وإعادة التنظيم وإعادة الهندسة.

---

[1] سيد الهواري، مرجع سابق، ص125.

[2] الطيب ياسين وحوتية عمر، ***إعادة الهندسة كمدخل لتحقيق فعالية التسيير في المؤسسات العمومية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال للمؤسسات، جامعة المسيلة، 03-04/05/ 2005.

- الاستفادة من مجالات التدريب المتاحة للمديرين والعاملين فيما يتعلق بكافة جوانب عملية التغيير.
- الاستفادة من خبرة أجهزة ومنظمات أخرى سبقت في تجربة التغيير.

4. أهداف إعادة الهندسة العمليات الإدارية: من أهدافها:[1]

أ- **تحقيق تغيير جذري في الأداء:** ويتمثل ذلك في تغيير أسلوب وأدوات العمل والنتائج، من خلال تمكين العاملين من تصميم العمل والقيام به وفق احتياجات العملاء وأهداف المؤسسة.

ب- **التركيز على العملاء:** من خلال تحديد احتياجاتهم والعمل على تحقيق رغباتهم، حيث يتم إعادة بناء العمليات لتحقيق هذا الغرض.

ج- **السرعة:** تمكين المؤسسة من القيام بأعمالها بسرعة عالية من خلال توفير المعلومات المطلوبة لاتخاذ القرارات وتسهيل عملية الحصول عليها.

د- **الجودة:** تحسين جودة الخدمات والمنتجات التي تقدمها لتناسب احتياجات ورغبات العملاء.

هـ- **تخفيض التكلفة:** من خلال إلغاء العمليات غير الضرورية والتركيز على العمليات ذات القيمة المضافة.

5. خطوات تطبيق إعادة الهندسة :تتلخص خطوات أو مراحل تطبيق إعادة الهندسة في[2]:

أ- **تعريف العمليـة:** ويكون بخلق الشعور بحاجة المؤسسة لإعادة الهندسة عن طريق إجراء اجتماعات ومقابلات.

ب- **تحديد إستراتيجية واضحة:** بهدف التوصل إلى فهم جيد لأهداف وتوجهات المؤسسة، وتحديد العمليات الأساسية والمرتبطة مباشرة مع إستراتيجيات المؤسسة.

ج- **توثيق وتحليل الوضع الحالي للمؤسسة:** بهدف التعرف على أي مشاكل قد تعيق المؤسسة في تحقيق إستراتيجيتها، ومراجعة الإجراءات.

د- **توثيق وتحليل الإجراءات الحالية:** بهدف التعرف على الإجراءات الإدارية الأساسية والتي لها أكبر أثر في الوصول إلى تحقيق الإستراتيجية، ومراجعة فرص التطوير.

هـ- **تحديد نمط للسير والإجراءات :** بهدف توثيق الإجراءات الجديدة وتحديد الهيكل الجديد للمؤسسة.

و- **بناء وتصميم الهيكل الجديد للمؤسسة:** تجسيد هيكل تنظيمي جديد يتوافق مع متطلبات إعادة الهندسة.

---

[1] قاسمي كمال، مرجع سابق.

[2] بلعور سليمان، مصيطفى عبد اللطيف، ***إعادة الهندسة مدخل للأداء المتميز***، مداخلة مقدمة في المؤتمر العالمي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 08-09/03/ 2005.

ب- **تطوير الوظائف:** بهدف التأكد من أن المخرجات لا تتداخل مع بعضها، والتأكد من أن كل وظيفة لها أهداف واضحة تتحقق مع إستراتيجية المؤسسة.

ج- **تطوير الوصف الوظيفي لكل عمل:** بهدف تحديد المهارات اللازمة لكل وظيفة أو التأكد من صحة توزيع الموارد على الوظائف.

د- **تحديد الأداء اللازم لكل وظيفة:** بهدف دمج وربط العمليات المتعلقة بتنظيم الموارد البشرية مع اختصاصات المدير المباشر.

هـ- **إنشاء عمليات وإجراءات الإدارة:** بهدف تحديد آلية لإدارة العمليات والتحقق من أن هذه الآلية تتماشى مع بناء وهيكل المؤسسة.

III-3- الابتكار(التجديد): إذا أرادت المؤسسات ألا تتخلف عن السباق التنافسي لإنتاج سلع وخدمات جديدة، فإنه يتعين عليها اتخاذ خطوات وإجراءات لتقديم هذه المنتجات أو لتطوير تقنيات جديدة لإنتاجها مقابل تكلفة منخفضة، ويعتبر الابتكار أهم إستراتيجية يمكن أن تعتمد عليها المؤسسة في ذلك، وفيما يلي سنتعرف على هذه الإستراتيجية وما يتعلق بها:

1. **ماهية الابتكار:** غالبا ما يدل مصطلح الابتكار والإبداع والتجديد على نفس المعنى، إلا أن هناك بعض من المتخصصين الذين يفرقون في المعنى بينها:[1]

- **الإبداع(créativité):** المقدرة أو البراعة الفردية و/أو/ الجماعية في خلق أفكار جديدة مميزة أو اكتشاف طرق جديدة
- **الابتكار(innovation):** يتعلق بوضع هذه الأفكار من قبل الإدارة موضع التنفيذ داخل السوق الذي تعمل فيه.

والإبداع عادة ما يكون نشاطا فرديا(شخص مبدع)، بالرغم من أنه قد يمتد وينتج من عملية مؤسساتية(مؤسسة مبدعة)، أما الابتكار فهو عادة ما يكون نشاطا مؤسساتيا موجها إلى إثارة إبداعات أفراد المؤسسة.

كما يعرف التجديد أنه العملية التي تستخدم بها المؤسسات مهاراتها ومواردها لخلق تقنيات جديدة أو سلع أو خدمات جديدة بما يمكن تلك المؤسسات من أن تتغير وتستجيب بشكل أفضل لاحتياجات العملاء[2].

---

[1] حسن إبراهيم بلوط، مرجع سابق، ص ص308-309.

[2] تشارلز وجاريث جونز، ***الإدارة الإستراتيجية***، ترجمة رفاعي محمد رفاعي ومحمد السيد عبد المتعال، ج1، دار المريخ، السعودية، 2004، ص734.

2. **تعريف إدارة الابتكار:** تعتبر بمثابة "مسار يتضمن التحكم وتطوير الأفكار الجديدة، ويرتبط مباشرة بكيفية اختيار المشاريع، ومدة تجسيدها، كما يعتمد نجاح هذا المسار واستمراريته على هيكل المؤسسة وكذا السلوك التنظيمي وثقافة الإبداع داخلها"[1]

كما تركز إدارة المؤسسة ضمن هذا المسار على تقييم سرعة تعويض التقنيات القديمة بالجديدة، ومدى القدرة على استيعاب هذه الأخيرة.

إن إدارة الابتكار في المؤسسة الاقتصادية تعتمد أساسا في تحقيق نجاح هذا المسار على العديد من العوامل المتمثلة خاصة في ضرورة التحكم بتقنيات التسويق، دراسة الأسواق المستهدفة من خلال المنتجات الجديدة، تحسين طرق التنظيم داخل المؤسسة، واستيعاب التقنيات الجديدة.

3. **تصنيف أنواع الابتكار:** يرتبط الابتكار عموما بالتكنولوجيا وبالمنتوجات الجديدة المقترحة على زبائن المؤسسة وكذا طرق وأساليب الإنتاج الجديدة، وقد اختلفت تصنيفات الابتكار ومنها:[2]

أ- هناك من يصنف الابتكار إلى ثلاثة أنواع :

- **ابتكارات كبيرة *(Macro innovation)*:** تتعلق بالسلع الجديدة أو التكنولوجية التي من شأنها إحداث تغييرات كبيرة.
- **ابتكارات أساسية *(Innovations de Base)*:** تتمثل في تطبيق الابتكارات الجزئية التي يتم توحيدها ودمجها في صناعة معينة.
- **ابتكارات التحسين *(Innovations d'amélioration)*:** ترتبط بالتطور التكنولوجي في مجال معين والتحسينات المختلفة للمنتوج أو مكوناته.

ب- في الميدان الصناعي هناك نوعين من الابتكار:

- **ابتكار السلعة *(Innovation du produit)*:** تحسين و تطوير سلعة موجودة أو ابتكار سلعة جديدة بشكل كامل.
- **ابتكار العملية *(innovation du process)*:** عن طريق تحسين التكنولوجيا والتقنية المستخدمة لإنتاج سلعة معينة.

ج- وهناك تصنيف ثالث للابتكار:

- يضيف الابتكار التنظيمي إلى ابتكار المنتوج وابتكار أسلوب أو عملية الإنتاج، **فالابتكار التنظيمي** هو التجديد الذي يحصل في الهيكل التنظيمي وتقسيم العمل من أجل تسهيل

[1] بلال أحمية، *دور إدارة الابتكار والتطوير التكنولوجي في تنافسية المؤسسة الاقتصادية الجزائرية وتعزيز تنافسيتها*، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني حول التطورات التكنولوجية والمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، جامعة جيجل، 14-2006./03/15.

[2] بوقلقول الهادي، سوامس رضوان، *إدارة التغيير وتأثيرها على عملية الإبداع والابتكار في المؤسسة*، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

القيادة والرقابة وتأدية المهام والأنشطة بطريقة متقنة وبجودة عالية، وعمليا فإن ارتباط الابتكار بالجانب التكنولوجي والتقني لا يمكن أن يقلل من أهمية الابتكار التنظيمي، فالابتكار كثيرا ما يكون مختلطا، فإدخال آلة جديدة في سلسلة الإنتاج من شأنه التأثير على سيرورة عملية الإنتاج كلها وبالتالي على تنظيم العمل في الورشة وعلى المنتوج في حد ذاته، لهذا يمكن القول أن الابتكار هو إحداث توليفة غير مباشرة ما بين الجانب التكنولوجي (المنتوج/السيرورة) والجانب التنظيمي.

- **ابتكار منتوج جديد*(innovation du concept produit)*:** مقارنة بما كان سائدا من خلال إنتاج منتجات جديدة تتكيف مع الحاجات الجديدة.
- **ابتكار أسلوب الإنتاج*(innovation procédé)*:** حيث أن سلسلة الإنتاج مصممة خصيصا لهذا المنتوج، بحيث تمكن من التصنيع المندمج والتحكم أكثر في تكاليف الإنتاج.
- **ابتكار تنظيمي*(innovation organisationnelle)*:** حيث تتم إعادة النظر في شبكة التوزيع بطريقة كبيرة واعتماد الطرق التسويقية التي تضمن تحقيق التميز.

ث- **مراحل الابتكار**: تتضمن عملية الابتكار غالبا الخطوات التالية:[1]

- **أولا: توليد الأفكار**: من خلال احتكاك المؤسسة مع محيطها وحصولها على المعلومات سواء من مصادر داخلية؛ حيث أن الموارد البشرية الموهوبة والمبدعة من أهم المصادر المولدة للأفكار، ويرى البعض أن معظم الأفكار التي تنتج ابتكارات تأتي من صغار موظفي المؤسسة، وأيضا أقسام المؤسسة خاصة قسم البحوث والتطوير وفرق عمل المؤسسة، وبعض المستشارين والخبراء الذين يعملون لصالح المؤسسة...، أو من مصادر خارجية كالأسواق، الزبائن والمنافسين...
- **ثانيا: تطوير الأفكار:** مرتبط بثقافة المؤسسة وطرق الإنتاج ومنظومات العمل، فهناك بعض الثقافات التي تشجع وتكافئ التجديد والتجارب سواء نجحت أم لم تنجح، ومن بين الخصائص التي تميز هذه الثقافات نجد:
  - قبول الغموض.
  - تحمل ما هو غير عملي.
  - تحمل المخاطرة.
  - تحمل المشكلات.
  - التركيز على النتائج وليس على الوسائل.
  - التركيز على النظام المفتوح.

[1] حسن إبراهيم بلوط، مرجع سابق، ص ص 365-367.

- ثالثا: مرحلة تنفيذ الأفكار: تشمل مجموعة من الخطوات التي تؤدي إلى اختراع وابتكار السلعة أو الخدمة التي يرغب بها السوق، وهذا ما يتطلب جهودا تنسيقية غير اعتيادية بين مختلف الأقسام.

من خلال هذا المبحث نجد أن لإدارة التغيير دورا رئيسيا في نجاح التغيير من خلال قيادة لديها استعداد معينا وتملك المهارات اللازمة لذلك وتتبنى الاستراتيجية المناسبة لنجاح هذا التغيير.

المبحث الثاني: مقاومة التغيير:

على الإدارة أن تتفهم أنه من المحتمل أو غالبا ما ينشأ عن عملية التغيير تحفظ أو معارضة من جانب الأفراد المتأثرين بحدوثه أو الذين يعتقدون احتمال تأثرهم، لعدم استعدادهم لقبوله، لهذا يجب عليها أن تتعرف على أسباب مقاومة الأفراد للتغيير وكيف يتصرفون أثناء مراحله، وإيجاد الآليات والأساليب المناسبة للتقليل من انعكاسات هذه المقاومة، وهذا ما سنحاول معرفته من خلال هذا المبحث.

I- مفهوم وأسباب مقاومة التغيير:

تواجه المؤسسات المختلفة عند قيامها بالتغيير العديد من المشكلات الناجمة من عدم الاستعداد لدى الأفراد العاملين لقبوله، تتمثل في صور وأشكال المقاومة التي قد تؤدي أحيانا إلى فشل مجهودات التغيير في تحقيق أهدافها.

وتعتبر مقاومة الأشخاص أو العاملين في المؤسسة للتغيير أمر حتمي مثلما يعتبر التغيير أمر حتمي، وسنتعرض لمفهوم مقاومة التغيير وأيضا الأسباب المؤدية لها فيما يلي:

I-1- مفهوم مقاومة التغيير: قد يلقى الاتجاه نحو التغيير قبولا إذا أدرك المستهدفون بالتغيير أنه يحقق أهدافهم أو مصالحهم، لكن قد تصطدم جهود التغيير بمقاومة من بعض الرؤساء و/أو/المرؤوسين، فالتغيير يثير غالبا رد فعل قد يؤدي بالفرد إلى مقاومة موضوع التغيير سواء كانت لديه أسبابا واضحة للرفض أولم تكن لديه.

وقد عرفت مقاومة التغيير بأنها: "كافة ردود الفعل السلبية للأفراد تجاه التغييرات التي قد تحصل أو التي حصلت بالفعل في المنظمة(المؤسسة) لاعتقادهم بتأثيرها السلبي عليهم"[1] أي

---

[1] خضير كاظم محمود وخليل محمد حسن الشماع، *نظرية المنظمة*، دار المسيرة، الأردن، 2000، ص 385.

امتناعهم عن التغيير أو عدم الامتثال له بالدرجة المناسبة ومحاولة المحافظة على الوضع القائم، وفي بعض الحالات القيام بعمليات مناقضة ومنافية لعمليات التغيير.

تعرف مقاومة التغيير الإداري بأنها استجابة سلوكية إزاء أخطار أو أضرار محتملة لأفراد أو لجماعات تعمل داخل المؤسسات أو تتعامل معها، وهي هنا تسمى **المقاومة المسبقة** أو **الوقائية**، التي تظهر عادة قبل إحداث التغيير أو صدور قراراته الرسمية، ويكون هدفها المباشر منع حدوث التغيير، والتعبير عن هذا المقاومة يأخذ أشكالا متعددة في غالبها سلمية، ويتم التعبير عنها بعقد الاجتماعات وتقديم المذكرات وإجراء المقابلات والاتصال بوسائل الإعلام لاستقطاب الدعم من الجهات العليا أو من القوى الفاعلة في المجتمع للتدخل في وقف ما تنوي الإدارات اتخاذه من قرارات تتعلق بالتغيير.

أما **المقاومة اللاحقة** فتتمثل في رفض القرارات بعد صدورها وعدم تطبيقها، من أجل الحفاظ على ما هو قائم، وإشكاليات هذا المقاومة تكون أكثر خطرا وأشد سلبية من المقاومة الوقائية.

وقد تكون مقاومة الأفراد علنية إن أدرك الفرد أن التغيير ضار بمصالح المؤسسة، أو كان له من عناصر القوة ما يجعله يرفض التغيير علنا، فيبادر الرافض بمختلف أشكال المقاومة حسب درجة تأثير التغيير أو قدرته أو طريقته للمقاومة(فيبادر مثلا بالاحتجاج أو التباطؤ أو بالإضراب أو بطلب النقل، أو بالاستقالة...).

وقد تكون المقاومة مستترة إذا أدرك الرافض أو المقاوم أن التغيير يهدد مصالحه الخاصة فقط ولن يسبب مشاكل للآخرين، أولا توجد له نقاط قوة تساعده على إعلان رفضه (وهنا قد يبادر بالانسحاب أو التغيب أو التمارض...).

وفي أدناه بعض من أساليب مقاومة التغيير بأنواعها[2]:

- معارضة الجهات المنادية بالتغيير، والتشكيك في نواياها ومقاصدها وأحيانا اتهامها بما هو ضار بالمصلحة العامة والمطالبة بإبعادها.
- التقليل من شأن الايجابيات المصاحبة للتغيير وبيان سلبياته وأضراره وعدم علميته وواقعيته.
- الانسحاب من الاجتماعات واللجان واللقاءات التي تعقدها إدارة التغيير للتعريف به أو بتطبيقاته.
- القيام بسلوكيات عدائية لأشغال الإدارة وإضعاف إرادتها.
- التعجيل في كشف الأخطاء والمساهمة في إظهار العجز والقصور بالتغييرات المفروضة.

[2] عامر خضير حميد الكبيسي، مرجع سابق.

- اللجوء إلى الإجازات الاعتيادية والمرضية والتأخر عن العمل للتسبب في إفشال التغييرات أو للبحث عن مواقع عمل أخرى، وترك المؤسسة التي تجاهلت رغباتهم.

كما تأخذ مقاومة التغيير الأشكال التالية:[1]

- كثرة الشكاوي والتذمر.
- مهاجمة المقترحات والأفكار الجديدة والانتقاد بطريقة سلبية.
- ضعف المشاركة في الأنشطة المتعلقة بالتغيير.
- انتشار الإشاعات.
- عدم الالتزام بقواعد وإجراءات العمل.
- ارتفاع معدل دوران العمالة.
- ارتفاع نسب الغياب بدون سبب.
- انخفاض معدل الإنتاجية.
- زيادة الصراعات التنظيمية.
- يوجه بعض الأفراد العديد من الأسئلة والاستفسارات وبعضها ليس له علاقة بالتغيير.
- يصر الفرد على أن التغيير ليس عادلا.
- يقلل الفرد من أهمية الحاجة إلى التغيير.
- يحاول الفرد التأثير على الآخرين بإقناعهم بأن البقاء على الوضع الحالي أفضل من التغيير
- قيام بعض المدراء المقاومين للتغيير بتكليف موظفيهم التابعين لهم والمكلفين من قبل الإدارة العليا بواجبات تخص إعداد وتنفيذ الخطة بواجبات إضافية أو نقلهم أو حرمانهم من بعض المزايا والضغط عليهم بقصد التأثير على عملية إعداد وتنفيذ الخطة بطريقة غير مباشرة.
- شروع بعض الرؤساء الإداريين المقاومين للتغيير حال سماعهم بأخبار إعداد خطة التغيير من قبل قيادات أعلى بإعداد وتنفيذ برامج تغيير إدارية خاصة بهم وذلك بقصد صرف الأفكار عن الخطة الأصلية وامتصاص الطاقات الموجهة لدعمها أو خلق ازدواجية وتشويش في عملية التغيير الإداري.
- تقديم مغريات وامتيازات خاصة من قبل بعض الرؤساء الإداريين المقاومين للتغيير إلى موظفيهم المكلفين بواجبات تنفيذ خطة التغيير الإداري من قبل قيادات أعلى لتشجيعهم على ترك واجباتهم هذه وقبول مناصب وظيفية أخرى، كل ذلك بقصد إعاقة عملية التغيير الإداري المقصودة.

[1] صالح بن فالح عبد الله البلوي، مرجع سابق.

ومما سبق نستنتج أن لمقاومة التغيير أبعاد عديدة، فقد تأخذ الصفة الفردية أو الجماعية، وقد تكون سرية أو ظاهرة، مع الأخذ بالاعتبار أن التعامل مع المقاومة الظاهرة يكون أفضل بكثير من التعامل مع المقاومة السرية وذلك لصعوبة تصدي الجهة المسؤولة لهذا النوع من المقاومة الذي لا يمكن معرفة أفرادها أو استراتيجياته.

I-2- أسباب مقاومة التغيير: تجدر الإشارة إلى عدم وجود ميل فطري لدى الناس لمقاومة التغيير، لكن هناك أسباب تدفعهم لذلك، فإذا كان التغيير الإداري يصدر بقانون أو قرار فإن التغيير الفكري لدى العاملين هو قناعة ذاتية، وهو أسلوب ومنهج وسلوك وهنا تكمن الصعوبة.

وكل تصرف أو سلوك تجاه تغيير ما سيكون ناتج عن تركيبة قوى صادرة عن الفرد والمحيط بالمعنى الموسع، وفهم المقاومة يتطلب البحث عن السبب من خلال السلوك، أي إظهار نظام قيم للفرد والمجموعات التي ينتمي إليها، فجواب أو رد الفرد عن تغيير ما يعني أن تصرفه محدد بثلاث عوامل هي: شخصية الفرد، طبيعة التغيير، والتأثيرات الخارجية للمحيط.[1]

وتتحكم في هذه المقاومة عوامل مهمة:[2]

- طبيعة ونوع التغيير المقترح.
- أسلوب وقيم متخذ القرار.
- البعد الإداري بين متخذ القرار والشخص الذي اقترح التغيير.
- التكاليف أو الاستثمارات التي أنفقتها المؤسسة سواء مالية أو نفسية.

ومن هنا تتعدد الأشكال التي تؤدي إلى مقاومة الأفراد للتغيير، وبالتالي أسبابها التي نجملها في[3]:

1. **الخوف من المجهول:** ويعتبر أبرز أسباب مقاومة الأفراد، لأن التغيير قد يستبدل الواقع المعروف بواقع غامض ومجهول، إذ يقاوم الأفراد التغيير لاعتقادهم بأن ما هو مجهول سوف يهدد سلوكيات وتصرفات اعتادوا عليها خلال ممارساتهم لنشاطات وأعمال كلفوا بها، فقد يعتقد الأفراد أنه سيترتب عن التغيير الاستغناء عن بعض الوظائف بسبب استخدام تكنولوجيا جديدة أو نظام عمل جديد.

أو قد يكون سبب مقاومتهم هو خوفهم من عدم تناسب قدراتهم مع متطلبات العمل الجديدة، وزيادة الأعباء التي ستلقى عليهم، أو ببساطة لأنهم يكرهون الغموض المحيط بعملية التغيير، أو

[1] M. ALIOUCHE Ferhat; ***LE MANAGEMENT DU CHANGEMENT***, revue des sciences Sociales et Humaines, n^0 9, université de Batna, janvier 2004.

[2] ستيفن كوهين، دونالد برانـد، ***إدارة الجودة الكلية في الحكومة***، ترجمة عبد الرحمان بن أحمد هيجان، الإدارة العامة للبحوث، الرياض، 1997، ص112.

[3] حسن إبراهيم بلوط، مرجع سابق، ص ص 345-347.

خوفا من تعرضهم للانتقال إلى مكان آخر للعمل، أو الرضى عن الوضع الحالي وعدم التأكد مما قد يحدث مستقبلا.

2. **تهديد التغيير لأمور ومصالح شخصية:** قد يقاوم الأفراد التغيير لأنه يهدد مصالحهم الذاتية، والخوف من أن مكتسبات شخصية محددة حققوها سوف تنتزع منهم كبعض المكاسب المادية والمعنوية، فبعض المديرين يرون أن التغيير يقلص في سلطتهم ونفوذهم، خاصة إذا كان يستهدف استبعاد بعض المراكز العليا أو يمس أجهزة المكافآت والمعلومات والسلطة التي حافظوا على مكتسباتها ومنافعها في مراحل سبقت مبادرة التغيير.

ومن أهم الأسباب الذاتية اتخاذ السبيل الأبسط والأسهل، حيث يقاوم الأفراد التغيير ليس لأنهم لا يريدون التغيير ولكن الأسهل لهم نفسيا وماديا البقاء على الوضع الحالي.

3. **عدم الاقتناع بجدوى التغيير:** يرى مقاومو التغيير هنا أن التغيير سيفشل ويستدلون بذلك من المحاولات والتجارب السابقة، أو لكون أن التغيير يتعارض مع أهداف ومصالح المؤسسة التي نجحت في الماضي حسب رأيهم.

4. **تفاوت فهم وإدراك الأفراد للتغيير:** أي تضارب وجهات النظر فيما يتعلق بمبادرات وقرارات التغيير، حيث أن من يأخذ قرار مبادرة التغيير يقاوم من جانب الجهة التي تكلف بتنفيذه بسبب عدم رضاها وعدم اقتناعها بجدوى التغيير لعدم توفر المعلومات الكافية.

5. **الثقافة السائدة للتغيير:** قد تكون الثقافة عائقا أمام مبادرات التغيير، فالأفراد الذين تعودوا على طريقة متعارف عليها وترسخت عندهم تقاليد ومعتقدات مؤسساتية ثابتة يقاومون التغيير بشدة، ويرفضونه بحجة أنه يتعارض مع ثوابت مشتركة جمعتهم بالمؤسسة التي عملوا بها ويرغبون بالعمل معها على أساس هذه الثوابت المتأصلة، أوقد تشجع الثقافة السائدة بالمؤسسة رغبة الأفراد في الاستقرار.

6. **أسباب اجتماعية:** ومن أهمها التهديد المباشر لمستوى إشباع الحاجات الاجتماعية، فقد يترتب على حدوث التغيير تعديلات تنظيمية تؤدي إلى تفكك جماعات حالية، وتهديد جو الصداقة والعلاقات الاجتماعية القائمة، أو تهديد للمركز الاجتماعي لبعض الموظفين.

ومن أسباب المقاومة أيضا:[1]

- اختلاف المواقع والمستويات وتباين الأهداف والمصالح تبعا لذلك.

[1] عامر خضير حميد الكبيسي، مرجع سابق.

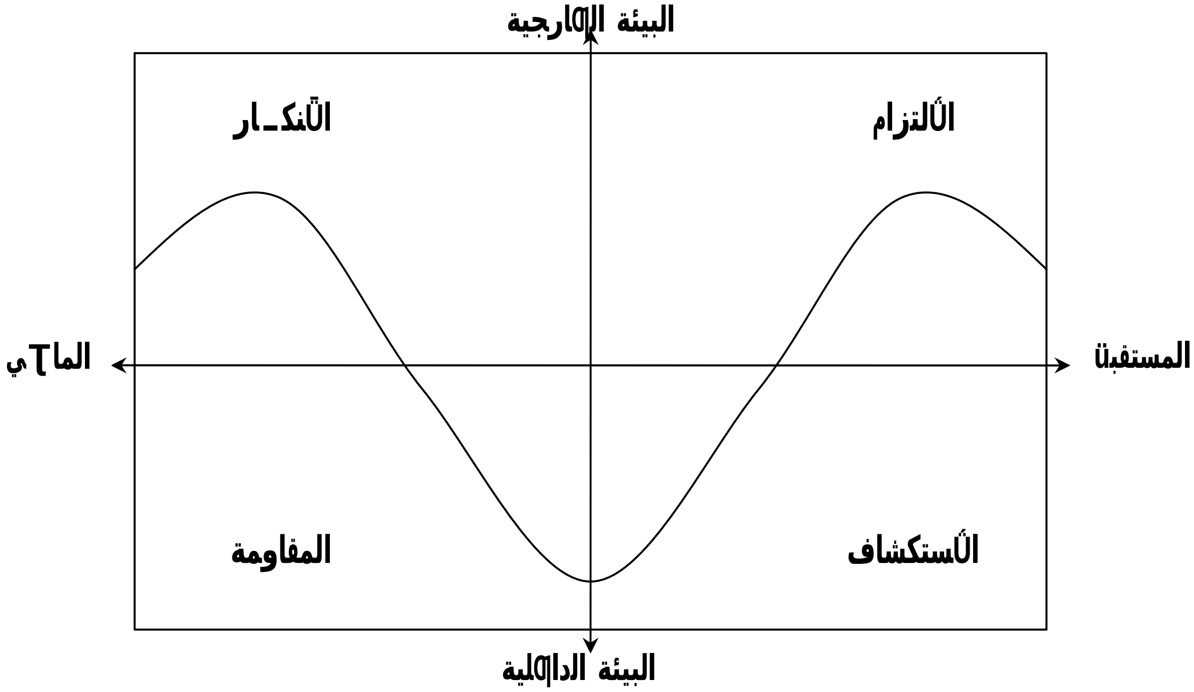
- الفجوة بين الدوافع والتوقعات وبين المتحقق من المزايا والمكاسب.
- حجم الحماية والأمن الوظيفي التي يوفرها الوضع القائم مقارنة بالأوضاع الجديدة المحتملة.
- عنصر المفاجأة والسرية والكتمان الذي أحيطت به التغييرات وعدم المشاركة فيها.
- التوقيت غير المناسب الذي تحصل فيه التغييرات وعدم ملاءمتها النفسية والاجتماعية.
- الإشاعات السلبية التي تسبق التغييرات والدوافع السلبية للجهات التي تسربها.
- عدم الثقة بالجهة التي قادت التغيير أو كانت وراءه في ضوء ما عرف عنها.

إن عملية التغيير ليست عملية عشوائية وإنما ينبغي أن يتم التخطيط لها وخلق الظروف الملائمة لاستيعاب المقاومة، والإدارة الجيدة هي التي تستطيع معرفة وتفهم هذه الأسباب لإمكانية علاجها.

II- سلوك الأفراد خلال مراحل التغيير:

يمكن للأفراد أن يسلكوا سلوكات معينة أثناء مراحل التغيير، والتي تسبق وتلحق مرحلة المقاومة، وتم اقتراح النموذج الموضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (04): سلوك الأفراد خلال مراحل التغيير:



المصدر: دانا جاينز روبنسون، جيمس روبنسون، *التغيير..دليل تحويل الأفكار إلى نتائج*، تعريب إصدارات بميك، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2004، ص89.

يقترح هذا النموذج تحرك الأفراد أثناء مراحل التغيير من مرحلة الإنكار، فالمقاومة، فالاستكشاف فالالتزام.

ويمكن دراسة وتشخيص كل مرحلة من هذه المراحل وفقا للمظاهر والأعراض التي تتميز بها، وأساليب التعامل معها:[1]

II-1- مرحلة الإنكار: يلاحظ في هذه المرحلة العديد من التصرفات مثل الانسحاب والتهرب من المسؤولية والدفاع عن الإجراءات القديمة ورفض التغيير، ويتم التعامل مع هذه المرحلة بمواجهة الأفراد بالحقائق والتركيز على الإطار العام وتجنب التفاصيل، شرح ما سيحدث واقتراح الإجراءات التي يمكن أن يقوم بها الأفراد للتكيف مع التغيير، وإتاحة الوقت الكافي مع الحرص على عقد اللقاءات لتوضيح الأمور.

II-2- مرحلة المقاومة: يلاحظ فيها مظاهر متعددة مثل الغضب واللوم والقلق والصراعات والإحباط والتهرب من المسؤولية، ويتم التعامل مع هذه المرحلة بالإنصات الجيد للأفراد وتقبل تصرفاتهم وتشجيعهم على إبداء رأيهم...

II-3- مرحلة الاستكشاف: تتميز بالافتقار إلى التركيز، كما يمكن إطلاق على هذه المرحلة اسم مرحلة الفوضى، حيث يحاول العمال تشكيل المهمات الجديدة والبحث عن طرق جديدة للتواصل مع بعضهم، وتعلم أكثر ما يمكن أن يفيدهم في المستقبل، ويتم التعامل مع هذه المرحلة بالتركيز على الأولويات التي يمكن إنجازها، مراقبة مدى التقدم في العمل، تجنب الرفض السريع للأفكار، وتشجيع الجهود المبذولة...

II-4- مرحلة الالتزام: يلاحظ في هذه المرحلة عدة مظاهر، مثل بناء فريق العمل وتحديد الأهداف والرضى عن العمل ووضوح الرؤية والتعاون والتنسيق والتحديات الجديدة، ويتم هنا إشراك الأفراد في وضع الأهداف طويلة الأجل ومكافأة المستجيبين للتغيير...

[1] دانا جاينز روبنسون، جيمس روبنسون، مرجع سابق، ص ص90-92.

III- استراتيجيات التقليل من مقاومة التغيير:

بعد أن يتعرف المديرون على أسباب مقاومة التغيير ويدرسوا جميع الملاحظات والأفكار الرافضة له يمكنهم الاستعانة ببعض التقنيات المفيدة التي تساعدهم على التقليل أو الحد من هذه المقاومة، منها:[1]

II-1- التعليم والاتصال: وتتضمن مناقشة موضوع التغيير مسبقا مع العاملين بوضوح، وإعلامهم من خلال المناقشات والمذكرات واللقاءات بالتغيير المراد إحداثه ومبرراته وأهدافه والمكاسب التي يمكن أن تتحقق، من خلال العمل على إفهامهم بمضامين التغيير ودوافعه ودواعيه وأسبابه، بحيث يدركون ويتفهمون الأسباب الحقيقية من ورائه؛ مما يقطع دابر الشكوك والقلق، ويقطع سبل الشاعات والإرباكات التي قد يثيرها بعض المعارضين ليشوشوا الأفهام ويقلقوا الخواطر.

فالمعلومات الكاملة والدقيقة عن اتجاهات ومضمون وآثار التغيير تزيل عدم التأكد الذي يرتبط بعملية التغيير، ومنه إزالة مخاوف العاملين وبالتالي التغلب على مقاومتهم للتغيير.

II-2- المشاركة: تتضمن السماح للآخرين بالمساعدة في تخطيط وتصميم التغيير وتنفيذه، والطلب منهم تقديم مقترحاتهم وأفكارهم والأخذ بها، ومن الممكن أن تنشأ أفكارا جديدة تزيد من ولائهم.

II-3- الدعم والمؤازرة: بمعنى توفير الدعم المعنوي والعاطفي، والإصغاء لما يقوله الآخرون من مشاكل وشكاوى، وتوفير فرص التدريب على الأساليب الجديدة، و الاعتراف بالقلق الذي يشعر به الأفراد وتمكينهم من التعبير عن ذلك بكل حرية، أيضا توفير ظروف العمل المناسبة بما يهيئ أداء فعالا للمشاركين وبرنامج التغيير.

II-4- التفاوض والقبول: أي تبادل وجهات النظر والآراء بين رواد التغيير ومقاوميه، ويشمل تقديم الحوافز للأفراد المحتمل قيامهم بمقاومة التغيير، إجراء بعض المساومات، وتقديم مزايا خاصة مقابل الحصول على تعهد بعدم إعاقة التغيير.

ويتوقف النجاح على التخطيط الجيد للتفاوض من حيث اختيار التوقيت وأعضاء فريق التفاوض وكذا اختيار السياسات المناسبة للتفاوض.

II-5- التحكم والاستمالة: وتشمل استخدام المحاولات والجهود للتأثير على الآخرين وتزويد الأفراد بالمعلومات بصورة انتقائية، وإسناد أدوار رئيسية في تخطيط وتنفيذ التغيير لأفراد أو

[1] حسين حريم، مرجع سابق، ص ص 296-.297

مجموعات معينة، والاستعانة بالقادة ورؤساء التنظيمات غير الرسمية في شرح التغيير ودوافعه وما سيترتب عليه.

II-6- الإكراه الصريح والضمني: استخدام السلطة لإجبار الآخرين على قبول التغيير، وتهديد أي فرد يقاوم التغيير بأنواع النتائج السلبية، كفقدان وظائفهم في حال عدم الموافقة على التغيير، وقد يكون آخر وسيلة تلجأ إليها الإدارة.

ويكون بشكل ضمني، أي في صيغة غير مكتوبة أو تلميح ضمني، يدرك معه المستهدف من التغيير بأنه لا مفر من الالتزام بالتغيير، أو بشكل صريح في سياسة أو قرار يوجه رسميا إلى المستهدف بالتغيير يتعين عليه الالتزام به.

ومن التقنيات الأخرى المساعدة على الحد من مقاومة التغيير، الخداع والتلاعب وكبت المعلومات، إلا أن هذه التقنيات لا تستخدم إلا في بعض الحالات النادرة نظرا لما لها من مخاطرة وانعكاسات سلبية على انتظام عمل المؤسسة.

يمكن أيضا من خلال القادة التحويليين أو القائمين بعمليات التغيير التغلب على المقاومة، ويكون ذلك من خلال حساسيتهم ومعرفتهم للوقت المناسب للتغيير بالنسبة للأفراد[1].

لا يمكن إهمال مقاومة التغيير وتأثيرها على نجاح وفاعلية التغيير، وعلى الإدارة أن تسعى جاهدة باتخاذ الإجراءات والوسائل الكفيلة للتخفيف منها.

إن مقاومة التغيير أمر طبيعي بين الأفراد وعلى الإدارة أن تدرك ذلك وتتفحص مسببات تلك المقاومة ودوافعها وأبعادها، وأن تحرص على اختيار المنهج أو الأسلوب الذي يحقق التوافق الأنسب بين التغيير وظروف الموقف والناس الذين سيتأثرون به.

وبالرغم مما تسببه مقاومة التغيير من عدم نجاح التغيير إلا أنه ليست كل أشكال المقاومة سلبية دائما، بل إنها تحمل بعض الإيجابيات لا يمكن إغفالها، أهمها:[2]

- مراجعة المقترحات: أي يمكن لمقاومة التغيير أن تشجع الإدارة على تفحص مقترحاتها للتغيير بشكل متعمق وبجدية متناهية للتأكد من أنها مناسبة، وفي هذه الحالة يعمل الأفراد نوعا من التوازن والتدقيق للتأكد من أن الإدارة تخطط وتنفذ التغيير بشكل سليم، وبالتالي فإن المقاومة المعقولة إذا ما دفعت الإدارة لتفحص التغييرات المقترحة يكون الموظفون قد منعوها من اتخاذ قرارات غير سليمة،

[1] راوية حسن، *السلوك في المنظمات*، الدار الجامعية، 2001، الإسكندرية، ص352.
[2] حسين حريم، مرجع سابق، ص297.

وبالتالي فهي تجعل القائمين على التغيير أكثر دقة واستعدادا وتهيئة له، وجعل القائمين عليه أكثر مرونة وأكثر إدراكا لآثاره على العاملين على المدى القريب والبعيد.

- معرفة الإجراءات اللازمة: يمكن أن تساعد مقاومة التغيير على اكتشاف بعض مجالات وأماكن الصعوبات والمشكلات التي يحتمل أن يسببها التغيير، وبذلك تقوم الإدارة باتخاذ الإجراءات الوقائية قبل أن تتفاقم المشكلة، وقد تشجع الإدارة على بذل المزيد من الجهد والاهتمام في إعلام الموظفين وإحاطتهم علما بالتغيير، أي أنها تساعد على اكتشاف الخلل في عملية الاتصال وخطوطه ومدى فاعليته في توضيح أهمية التغيير وأسبابه وأهدافه والذي يؤدي بالنهاية إلى تقبل أفضل للتغيير.

ومن إيجابيات المقاومة أيضا أنها:

- تجبر الإدارة على توضيح هدف التغيير والنتائج المتوقعة منه بشكل أدق وهذا يفيد في حالة عدم وضوح خطة و أهداف التغيير.
- تساعد في الكشف عن مدى فعالية عمليات الاتصال داخل التنظيم وعن مدى توافر المعلومات الواجب توافرها.
- تساعد في إبراز نقاط الضعف في العمليات الإدارية المختلفة ومعالجة المشكلات المتعلقة بذلك.

يؤدي عدم إشراك الأفراد العاملين في عملية التغيير إلى نوع من المقاومة، وبالعكس فإن مشاركتهم تقلل من احتمال المقاومة، كما يلعب مستواهم الثقافي ودرجة وعيهم دورا مهما في قبولهم للتغيير أو مقاومته، فارتفاع المستوى الثقافي للأفراد ووعيهم الفكري يقودهم لقبول التغيير والحد من حالات المقاومة له، بفرض أنه ينطوي على منافع أو عوائد للمؤسسة مما سينعكس على تحقيق مكاسب ذاتية لهم.

ونرى أن من أهم إيجابيات مقاومة التغيير هو أن تأخذ الإدارة بالاعتبار أهمية إشراك الموظفين في تحمل المسؤولية مما يخلق لديهم إحساس بأن التغيير من صنعهم، وبالتالي سيفعلون كل ما بوسعهم لإنجاحه.

خلاصة الفصل الأول:

إن التغيير أمر ضروري وحتمي لكل مؤسسة، وأصبح التعامل معه من معالم العصر، فهـو يعبر عن حقيقة التطور الحضاري الإنساني، وعملية التغيير في كل أوجهها ومراحلها تعتمد بصورة أساسية على توفر شروط ضرورية لتحقيق الأهداف المطلوبة، وقد قمنا من خـلال هـذا الفصـل بالتعرف على التغيير والأسباب الدافعة له ومختلف مراحله، كما تطرقنا إلـى إدارة التغييـر ودور القيادة في ذلك وأهم الاستراتيجيات التي تتبعها، وأسباب المقاومة وكيفية التقليل منها.

إن نجاح أي مؤسسة لا يعني المحافظة على الوضع القائم، ولكن التغيير والابتكار والتطـوير هو الذي يحقق الاستمرار والتطور والنجاح، أي أنها لا تحاول فقط مواكبة التغيير، بل إجراء السبق في ذلك، ويحتاج هذا إلى أن تتبنى إدارة لتسيير هذا التغيير كي تتمكن من الاستمرار والنجاح مـن خلال مواكبة ما يحدث حولها، وأن تكون هذه الإدارة واعية ومبدعة ومدركة لما يحـدث حولهـا، وبالتالي إدارة التغيير بنجاح، ونظرا لأهمية ذلك سنحاول توضيح تأثير هـذه الإدارة علـى جـودة الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية.

الفصل الثاني

دور إدارة التغيير في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية

تمهيد

عرفت حركة الجودة انتشارا واسعا في مجال الصناعة والخدمات، وأصبح أمام الزبون العديد من الخيارات، وباعتبار المؤسسة الصحية جزء من هذا الكل، ونظرا لأهمية الخدمات التي تقدمها، فهي مطالبة بتحسين جودة خدماتها بالقدر الذي يفي بالتزاماتها ويجعلها قادرة على الاستمرار، وأن تسخر كل إمكانياتها ومواردها تلبية لحاجات الزبائن، وهذا ما يفرض عليها ضرورة التخطيط والتركيز وإجراء التغيير اللازم وإدارته سعيا لتقديم خدمات ذات جودة عالية، ومن خلال هذا الفصل سنحاول معرفة مفهوم كل من المؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها، جودة الخدمات الصحية، وأساليب ومناهج الجودة، وأخيرا نوضح مدى تأثير إدارة التغيير على جودة هذه الخدمات، حيث قسمناه إلى أربعة مباحث:

المبحث الأول: **الخدمات والمؤسسات الصحية.**

المبحث الثاني: **جودة الخدمات الصحية.**

المبحث الثالث: **مناهج التغيير في جودة الخدمات الصحية.**

المبحث الرابع: **تأثير مسار التغيير في المؤسسة الصحية على جودة الخدمات.**

المبحث الأول: الخدمات والمؤسسات الصحية:

لقد وجدت المؤسسات الصحية لتقديم مختلف الخدمات اللازمة لعلاج الأفراد من الأمراض أو للوقاية منها، ومن خلال هذا المبحث سنتعرف على كل من المؤسسة الصحية والخدمات التي تقدمها.

I- المؤسسة الصحية:

تعتبر المؤسسات الصحية وخصوصاً المستشفيات من المؤسسات ذات التركيبة غير البسيطة والتي تعتمد في تقديم خدماتها على مهام وإجراءات متعددة ومتداخلة، وتقوم على مهارات متخصصة ومتنوعة، ويأتي تميز المؤسسات الصحية عن سائر المؤسسات بسيطة التركيب والمهام من ضخامة إجراءاتها وتنوعها الكبير وتسلسلها المنطقي وحاجتها المباشرة والفورية للمعلومات، فما هو مفهوم المؤسسة الصحية وما هي وظائفها وتصنيفاتها؟

I-1- مفهوم المؤسسة الصحية: يقصد بالمؤسسة الصحية: كل "مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز التخصصية...، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة، المختبرات، والصيانة الطبية..."[1] من خلال "مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية وغير الطبية والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم واستمرارها في تقديم خدماتها"[2]

ويتباين مفهوم المؤسسة الصحية بالنسبة للأطراف المتعاملة معها حسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعتبر لدى:[3]

1. **المرضى:** الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، والاستشفاء والرعاية الطبية لهم...
2. **الحكومة:** إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلاد نحو الأحسن.
3. **الإطار الطبي:** المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية...
4. **إدارة المؤسسة:** مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.

---

[1] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، *جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي*، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص362.

[2] فريد النجار، *إدارة المستشفيات وشركات الأدوية*، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص 205.

[3] ثامر ياسر البكري، *إدارة المستشفيات*، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 21-22.

5. **شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية:** سوق واسع يستوجب إمدادها بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية...
6. **الطلبة والجامعة:** موقع تدريبي وعملي لاكتسابهم المهارة والمعرفة الميدانية ولإجراء التجارب والبحوث.

وهناك وجهات نظر أخرى لمفهوم المؤسسة الصحية تخص أطراف آخرين كمقدمي ومجهزي الخدمات الفندقية، العاملين في مجال الصيانة للأجهزة والمعدات الطبية، الجهات التحقيقية الجنائية...

ويعرف المستشفى باعتبارها أهم مؤسسة صحية [تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات (AHA)] أنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"[1] ومن منظور وظيفي [تعريف منظمة الصحة العالمية(OMS)] يعرف على أنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أووقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية"[2] أي أنه "نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، تتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية في المجال الطبي"[3]

وانطلاقا من نظرية النظم فإن المؤسسة الصحية هي نظام شامل يتكون من مجموعة من الكوادر البشرية والمعدات والأجهزة والمصنفة على أساس الأقسام أو المهام، وكل واحدة من هذه الأخيرة تمثل بحد ذاتها نظاما يتكون من أنظمة فرعية أخرى لها واجبات ومسؤوليات مختلفة، والمؤسسة الصحية كنظام مفتوح على المجتمع تعمل على العناية بصحة الأفراد وتحقيق الربح والتوسع والقدرة على المنافسة...

وتتكون في هذه الحالة من العناصر التالية:[4]

- **الأهداف:** تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات.

---

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، ***الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات***، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص7.

[2] نفس المرجع، ص7.

[3] السيد عليوة، ***إدارة الأزمات في المستشفيات***، ايتراك، القاهرة، 2001، ص81.

[4] حسان محمد نذير حرستاني، ***إدارة المستشفيات***، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص81.

- **المدخلات:** تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي وعنصر المعلومات وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها.
- **النشاطات:** والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات التي يقوم بها مختلف الأقسام.
- **المخرجات:** وتنحصر المخرجات الأساسية بجودة الخدمات الطبية المقدمة المتعلقة بالأفراد عند خروجهم، والمخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة.
- **التغذية المرتدة:** تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفقا للخطط المرسومة لها.
- **البيئة:** تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نموها.

I-2- وظائف المؤسسة الصحية: انطلاقا من تعريف المؤسسة الصحية، وحسب تعدد أشكالها وأحجامها نستطيع جمع وظائفها في:[1]

1. **الرعاية الطبية والصحية:** وهي الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية وما يرتبط بهذا الخدمات من فحوصات وخدمات الإسعاف والطوارئ، وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية...
2. **التعليم والتدريب:** يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية، من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المستشفيات خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها بالإضافة إلى نقل تجارب الممارسات والتجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم...
3. **البحوث الطبية والاجتماعية:** تسهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من أجهزة وتجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وكوادر بشرية متخصصة مهنيا في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية للمساهمة في تقدم العلوم الطبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية...

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سابق، ص ص 8- 10.

4. **الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة:**[1] من خلال مراقبة العدوى المكتسبة للحد منها وتوعية الأفراد بأهمية الوقاية من الأمراض عن طريق حملات التوعية وإجراء التطعيمات اللازمة...

5. **دعم الارتقاء بالصحة:**[2] تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية، مثل التركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة والسلوك الصحي السليم، كالابتعاد عن العادات الضارة بالصحة...، كما أنها تشكل جزء مهما من خدمات الوقاية، ومواقف الأفراد وسلوكياتهم في هذا المجال تتأثر بالبيئة الثقافية المكتسبة.

ويعتبر نشاط المؤسسات الصحية مهما لإنجاح برامج الصحة العامة والطب الوقائي في جميع دول العالم بصفة عامة، وتسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف منها:[3]

- المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض بأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل التكاليف.
- تحقيق مستوى مرض من الربحية ويعتبر هذا من أهم الأهداف خاصة للمؤسسات الصحية الخاصة.
- توفير خدمات علاجية متميزة تساعد على تحقيق مركز تنافسي قوي.
- تطوير أداء الكوادر الطبية من أطباء وهيئات تمريض وفنيين.

I-3- تصنيف المؤسسات الصحية: تأخذ المؤسسة الصحية أشكالا متعددة: المستشفيات، العيادات، المصحات، مراكز العلاج، المعامل والمختبرات، ويمكن تصنيفها على أساس عدة معايير:

1- **التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية:**[4] وفق هذا المعيار نجد:

أ- **المؤسسات الحكومية:** تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، وتأخذ عدة أشكال أهمها:

- المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، وغالبا ما تتبع وزارة الصحة، ويقوم هذا النوع بتقديم خدمات لجميع الأفراد (بالمجان أو مقابل رسوم رمزية)، وقد تضم مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة.

---

[1] هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، *النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية: المستشفيات*، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص ص 24-25.

[2] ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص26.

[3] هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، مرجع سابق، ص 23.

[4] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سابق ، ص ص 11- 16.

- المؤسسات الحكومية الخاصة بفئات معينة: وتتميز بأنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة، وتقتصر على تقديم الخدمات على العاملين في هذه الجهات وأسرهم، كالمستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة، والمستشفيات التابعة لمؤسسات القطاع العام...

- المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات معينة، مثل مستشفيات العيون، الأطفال...

- الوحدات العلاجية والمستوصفات: وتعتبر مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى.

- المستشفيات الجامعية والتعليمية: تتبع هذه المؤسسات إداريا الجامعات أوكليات الطب في المناطق التي توجد بها، وتقدم نفس خدمات المستشفيات العامة، كما تحتوي على بعض الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي للعلوم الطبية.

ب- المؤسسات الخاصة: تكون هذه المؤسسات مملوكة لأفراد أو هيئات أوجمعيات دينية أوخيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال:

- مؤسسات بأسماء أصحابها: كأن يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده والاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المريض، كمصحة لعلاج العيون مثلا، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها، وجودة الخدمة والرعاية المقدمة للمرضى.

- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: كالجمعيات الدينية والخيرية، تقدم خدماتها لمختلف الفئات من الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا، فهي لا تسعى للربح، وقد تقدم خدمات عامة أو متخصصة.

- مؤسسات(مستشفيات) إستثمارية: وهي التي يمتلكها ويديرها أفراد أوشركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها، وقد تكون خدماتها متخصصة في مجالات معينة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية، وغالبا ما تأخذ شكل شركات المساهمة وذات المسؤولية المحدودة.

وهناك معايير أخرى تستخدم في تصنيف المؤسسات الصحية، نذكر منها:[1]

2- مدة بقاء المريض:

[1] ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 29-31.

أ- مؤسسة(مستشفى) ذات إقامة قصيرة: تتعلق بالاستشفاءات قصيرة المدة في الطب العام والجراحة.

ب- مؤسسة(مستشفى) ذات إقامة طويلة: وتتعلق بالاستشفاءات طويلة الأجل.

3- **عدد الأسرة:** أي حسب عدد الأسرة التي تحتويها لأغراض العلاج والرقود فيها، وتكون على شكل فئات: صغيرة أو كبيرة.

4- **الجنس:** هناك مؤسسات تخصص لفئة معينة حسب الجنس كالمخصصة للنساء، العجزة...

5- **حسب العمر:** وتقوم بخدمات متخصصة حسب العمر كمستشفيات الأطفال، مستشفيات كبار السن...

II- الخدمات الصحية:

إن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله المؤسسات الصحية، وتختلف وتتعدد تلك الخدمات حسب طبيعة وحجم وتخصص المؤسسة التي تقدمها، وسنوجز كلا من مفهوم الخدمة الصحية وخصائصها وأنواعها فيما يلي:

I-1- مفهوم الخدمة الصحية: بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بها، ويصعب تعريف الصحة بل أن قياسها أصعب، إذ أن التمتع بالحالة الصحية الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها، وتعرف الصحة على أنها "مجموعة من الوسائل التي تهدف إلى تحسين الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقررة وقانونية" أي "العلم والمهارة الذي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياة وتحسين الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية"[1]، وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة بأنها "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"[2]

وبالتالي يمكن **تعريف الخدمة الصحية** بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أوإرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنه رضى أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"[3].

هذا التعريف يشير في مضمونه إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة وهي:

---

[1] جون فرانسوا، *الصحة استهلاك واستثمار*، إكونوميكا ، لبنان، 1981، ص 10.

[2] طلعت الدمرداش إبراهيم، *اقتصاديات الخدمات الصحية*، مكتبة القدس، مصر، ط2 2006، ص.18.

[3] فوزي مدكور، *تسويق الخدمات الصحية*، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص168.

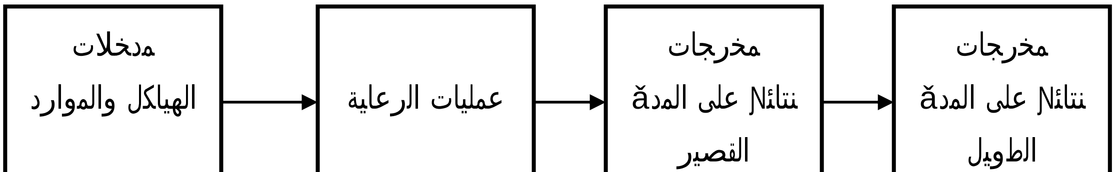
1. **الخاصية المميزة للخدمة:** وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة، تشخيصية وعلاجية...
2. **المنافع المرجوة من الخدمة:** وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أوغيره من المراجعين، لمقابلة احتياجاتهم الصحية والتي يطلق عليها أحيانا بحزمة الرضى المتحقق للزبون.
3. **الخدمات السائدة:** وتشمل كافة العناصر المضافة التي تقدم إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، خدمات الاتصالات، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى...

وهناك منافع يمكن أن تحققها الخدمات الصحية هي:[1]

- **منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها:** تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
- **منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها:** تتمثل في الحد من الآلام والأمراض التي يعانيها المريض، أو التي سيتجنبها، نتيجة للخدمات التي حصل عليها.
- **منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها:** تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

ويتم إنتاج وتقديم الخدمة الصحية على مراحل وضحها دونابديان(Donabedian) [الملقب بعميد الجودة] بتبنيه منهج العمليات لتحليل الرعاية بتخصيص ثلاثة مستويات للتحليل كما هو موضح بالشكل التالي:

الشكل رقم(05): عملية الرعاية حسب نموذج دونابديان



Source: Claude Vilcot, Hervé Leclet, ***Indicateurs qualité en santé***, AFNOR, France, 2éme éd, 2006, p3.

1) **الهياكل والموارد:** هي مختلف الوسائل التي تسمح للمؤسسات الصحية للوفاء بمهامها، وتقديم الخدمات لطالبيها، مثل: المباني، التركيبات، التجهيزات، وسائل النقل، مستلزمات العلاج الطبي، مستلزمات التغذية والنظافة، المورد البشري (أطباء، ممرضون، فنيو

[1] طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص28.

الأجهزة الطبية، الإداريون، عمال الخدمات المساعدة...)، نظام المعلومات، الموارد المالية، القوانين والإجراءات...

2) **العمليات:** وهي جميع إجراءات الرعاية الصحية وتسهيل تقديمها، تنظيم العمل، تنسيق واستمرار الرعاية، جمع وتحويل المعلومات، إدارة المؤسسة...، و نميز الخدمات المقدمة للمريض في خدمات طبية مباشرة، وأخرى لا تتعلق بمجال الرعاية لكن تساعد على تحقيقها مثل الأنشطة الإدارية والصيانة...

3) **المخرجات (النتائج):** تمثل نتائج الخدمات المقدمة على الوضعية الصحية للفرد أو للمجتمع، مثل معدل الوفيات، معدل الشفاء... كما تمثل مستوى الرضى، مستوى الرفاهية، جودة الحياة، وأيضا النتائج المالية والمحاسبية للمؤسسة.

II-2- الخصائص المميزة للخدمات الصحية: انطلاقا من الخصائص العامة للخدمات فإن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن ذلك، في كونها غير ملموسة ولا يمتلكها الفرد، تلازمها بمن يقدمها، تباينها، وعدم القدرة على تخزينها...، كما تتجسد الخصائص المميزة لها في خصوصيتها، وبالتالي ينعكس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى الجمهور، وما يمكن أن يميز الخدمة الصحية عن باقي الخدمات أنها:[1]

- تعتبر عامة للجمهور وتسعى إلى تحقيق منفعة لجميع الجهات المستفيدين منها.
- مرتبطة بحياة الأفراد، لذا يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة وأن تخضع لرقابة إدارية وطبية واضحة.
- يتوزع فيها اتخاذ القرار بين مجموعتين إلى حد ما هما: الإدارة ومجموعة الأطباء.
- وجوب الاتصال المباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة الصحية، حيث تتطلب الخدمة الصحية غالبا حضور المريض للفحص والتشخيص والعلاج...
- مرتبطة بصحة الإنسان، لذلك تجد في كثير من الأحيان المؤسسة صعوبة في اعتمادها على نفس المعايير والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى، لأن ذلك قد يتعارض مع الرسالة والأهداف التي وجدت المؤسسة الصحية من أجلها.
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية، يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها، ولا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب خلافا على المؤسسات الخدمية الأخرى، لأن ذلك يعني واجباتها ومهمتها الإنسانية.

[1] ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 59-61.

وحسب تمييز أنواع المنتجات إلى:[1]

1. **منتجات البحث:** تميز السلعة أو الخدمة التي يستطيع الزبون لمسها، والإحساس بها ورؤيتها وبالتالي تحليلها وتقييمها قبل الشراء.
2. **منتجات الخبرة:** التي لا يستطيع الزبون تحديدها إلا بعد الشراء وأثناء الاستخدام.
3. **منتجات الاعتقاد(الثقة):** لا يستطيع الزبون تقييمها إلا بعد استهلاكها، لأنه لا يملك المعارف ولا الإمكانيات الضرورية لذلك.

فإن الخدمات الصحية تصنف من منتجات الاعتقاد، لأن المستفيد منها لا يستطيع أن يقدر منفعتها إلا بعد أن يستخدمها، ويمكن في بعض الحالات أن تصنف من منتجات البحث؛ لأن المريض عندها يستطيع أن يملك المعلومات حول علاجه لكونه قد مر بنفس الحالة من قبل، أو لأنه يقوم بمراجعة دورية (في حالة الأمراض المزمنة مثلا).

II-3- أنواع الخدمات الصحية: الخدمة الأساسية للمؤسسات الصحية هي تقديم الخدمات الطبية أوخدمة الرعاية، ويساعدها في ذلك خدمات أخرى ضرورية، وبالتالي نميز بين عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية حسب طبيعتها:[2]

1. **التحويل والاستشارات:** تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها.
2. **الخدمات السريرية:** تؤمن الإقامة للمرضى، ومكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية(التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية...)، وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية(عمال الصيانة، النظافة...)، وهي مكان التفاعل مع العائلات.
3. **الأرضية التقنية:** تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج.
4. **خدمات الإمداد**: تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة، مثل الترميم، الصيانة، النقل، وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي(مقدم خدمات).
5. **الخدمات الإدارية:** تجمع مختلف الوظائف الإدارية (التخطيط والتوجيه والتنظيم والمراقبة)، وتضم مختلف الأقسام والإدارات (المالية والمحاسبة، إدارة الأفراد، إدارة المخزون...).

ويمكن جمعها في ثلاث مجموعات كما هي مبينة في الجدول رقم (01):

1- خدمات الفندقة والإطعام.

2- خدمات التسيير الإداري.

---

[1]Youssef MAHYAOUI , ***Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins*** *,Doctorat le système de soins hospitalier*, université Paris, 2003, p p38-42.

[2]Faridah Djellal et autres***, L'hôpital innovateur de l'innovation médicale à l'innovation de service***, MASSON, Paris ;2004, p p 62-64.

3- خدمات طبية وشبه طبية.

وباقي الخدمات تنتج من هذه الأنواع الثلاثة، كالأنشطة التجارية، الأنشطة الترفيهية....

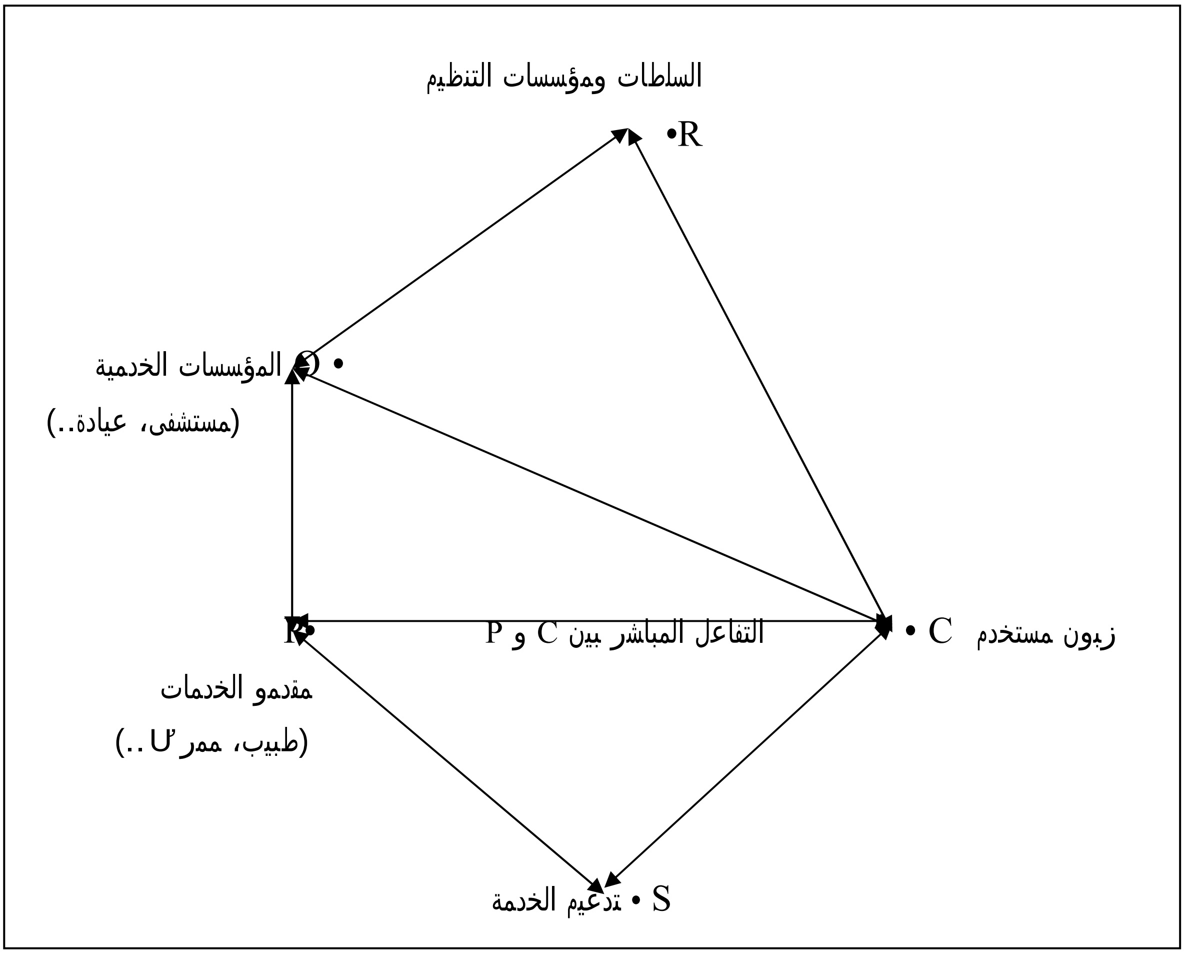
الجدول رقم(01): أنواع الخدمات الصحية

نوع الخدمات	الأمثلة
خدمات الفندقة والترميم	- الضيافة، الصيانة، الترميم النظافة - خدمات الإطعام - الاستقبال - التدفئة...
الخدمات الإدارية	- الإمدادات المادية: تسيير المخزون، السوائل، الصيدلة، التجهيزات... - الإمدادات المعلوماتية: معلومات التسيير(المحاسبة،الأجور)،إدارة الأفراد، إدارة المرضى والملفات الطبية...
الخدمات الطبية وشبه الطبية	- الرعاية - المخابر المركزية - التحليلات - الأشعة - وظائف الجراحة - التخدير - إعادة التأهيل - الاستشارات المتعلقة بمختلف الأقسام

Source : Faridah Djellal et autre, Op.cit, p64

وانطلاقا من هذا التصنيف وحسب العلاقة بين مختلف عناصر النظام الصحي، يوضح المثلث الخماسي للخدمات مختلف هذه العناصر والعلاقة بينها في الشكل التالي:

الشكل رقم (06): المثلث الخماسي للخدمات



Source : Faridah Djellal et autre, Op.cit, P56.

وتتمثل هذه العناصر في:

C (client-usager): الزبون: وهو المستفيد من الخدمة، سواء كان أفرادا، عائلات، مؤسسات...

P (prestataire): الأشخاص مقدمو الخدمة: طبيب، ممرض...

S (Support de prestation): دعائم (ركائز) الخدمة: تتمثل في السلع، الأنظمة التقنية، المعلومات المدونة، الأفراد...، تتعلق بنوع الدعم المستهدف: الترميم، الصيانة، الإدارة...

O (organisation): المؤسسات المقدمة للخدمات الصحية: مستشفى، عيادة، مخبر...

R (régulation): السلطات والهيئات العامة أو الخاصة الواضعة للقواعد والتنظيمات، والتي من الممكن أن تمارس الوظائف التالية:

- التقييم، منح الشهادات أو الاعتماد.
- التصديق.
- التمويل.

- وضع المعايير الإلزامية: معايير الجودة، معايير مالية، معايير مدنية(حقوق الدخول، عدم التمييز، قواعد الآداب المهنية).
- مراقبة احترام المعايير.
- تسوية النزاعات.
- إصلاح الضرر.

وتشير مختلف أوجه المثلث إلى العلاقات الخاصة والروابط المختلفة:

- بين الزبائن وأنشطة الدعم هي علاقة الاستخدام.
- بين مقدمي الخدمة وأنشطة الدعم هي علاقة عملياتية، تدخل مقدمي الخدمة في الدعم.
- بين الزبون ومقدمي الخدمة علاقة مباشرة وهو التدخل الذي يهدف إليه.
- بين مقدمي الخدمة والمؤسسة المقدمة للخدمة هي علاقة انتماء، قد تكون علاقة أجر أو ملكية.
- بين الزبون والمؤسسة الصحية هي المكان الذي يتلقى فيه مختلف الخدمات التي يطلبها، قد تكون بمقابل يدفعه.
- بين السلطات والهيئات وباقي الأطراف هي سن القوانين واللوائح التي ينبغي احترامها من الجميع، وقد تكون إجبارية أو طوعية.

كما تصنف الخدمات الصحية حسب أصحاب النظم الصحية العالمية إلى نوعين:[1]

1. **الخدمات الصحية الشخصية:** ويقصد بها تلك الخدمات الصحية الوقائية أوالعلاجية أوالتأهيلية، كخدمات التشخيص والعلاج والرعاية الشخصية، وخدمات المخبر والأشعة، والرعاية النفسية، والتمريض...، وتتضمن أنواعا مختلفة هي:

- **خدمات الرعاية الخارجية:** أي التي لا تشتمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة، أو العيادات الخارجية للمستشفى، أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز الرعاية الأولية، أوفي مراكز العلاج الطبي...
- **خدمات الرعاية الداخلية:** يقصد بها الخدمات الصحية الإيوائية أوالاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات أو بعض العيادات العامة أو التخصصية، بقصد التشخيص والعلاج لفترة معينة.
- **الخدمات الصحية طويلة الأجل**: وهي تجمع النمطين السابقين معا، وتتجاوز مدة الرعاية غالبا ثلاثين يوما، وأصحاب المستفيدين منها هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال الإعاقة والأمراض المزمنة، كالخدمات المقدمة في مستشفيات الصحة النفسية ودور النقاهة، فضلا عن تلك

[1] طلال بن عايد الأحمدي، ***إدارة الرعاية الصحية***، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004، ص ص 24-26.

الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية، للأشخاص الذين لا تقتضي حالتهم الصحية البقاء في المستشفى لكنهم بحاجة للرعاية.

2. **الخدمات الصحية العامة:** وهي الخدمات التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى السلطات العمومية عادة مسؤولية تقديم هذا النوع، والتي تشتمل عادة على الأنشطة التالية:

- مكافحة الأمراض المعدية.
- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، كسلامة الهواء والماء والغذاء، والتخلص من النفايات...
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- توعية المواطنين بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والاستراتيجيات والخطط التي تتكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

وهناك تقسيم آخر للخدمات الصحية يتضمن:[1]

- الخدمات الطبية.
- الخدمات الشبه طبية.
- الخدمات الصيدلانية.
- الخدمات الجراحية.
- خدمات ترميم الأعضاء.
- الخدمات الوقائية (الأولية والثانوية).
- الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء، نوع الحياة).

[1] Youssef MAHYAOUI, Op.cit, p 32.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية:

الجودة مفهوم يرغبه جميع مقدمي الخدمات، وهو الأساس الذي يقوم عليه وجود الخدمات الصحية، كما أن الأخلاقيات تقتضي تقديم أفضل أشكال الخدمات وأنسبها إلى المريض، ومن ثم يتوجب على جميع المؤسسات الصحية تقديم الخدمة الجيدة تلبية لمقتضيات هذه الأخلاقيات، وتلبية لمتطلبات الزبائن بهدف توطيد علاقتها معهم، وقدرتها على الاستمرار في نشاطها.

I- مفهوم وأهداف جودة الخدمات الصحية:

قدمت للجودة عدة تعاريف وانطلاقا منها حددت لها مجموعة من الأهداف.

I-1- مفهوم جودة الخدمات الصحية: تعددت المفاهيم التي أعطيت للجودة وأغلبها يشترك في نفس المعنى فهي "الوصول إلى إرضاء العميل وتحقيق توقعاته"[1]، وعرفت جودة الخدمة على أنها "احترام العميل والعمل على إرضائه وإشباع رغباته الممكنة والمفترضة من خلال تقديم خدمات ذات نوعية في الوقت الملائم بهدف تقليص معدلات شكاوي العملاء والتطوير المستمر"[1]

أما مفهوم الجودة في الخدمات الصحية فكان محل اهتمام العديد من الباحثين في مجال الجودة، والذي يرافق التغيير الذي يحدث في التقنيات والمعارف الطبية والتغييرات في الأنظمة الصحية.

وحدد دونابديان في أعماله حول جودة الخدمة الصحية أربعة مستويات مركزية للجودة انطلاقا من الطبيب المعالج حتى جودة النظام في المجتمع:[2]

1. **الخدمة المقدمة من الأطباء وباقي منتجي الرعاية:** الجودة هنا تتعلق من جهة بالخصائص التقنية التي ترتبط بالمعارف الطبية وكفاءة الممارسين لهذه الخدمة، وقدرتهم على تقديم خدمات ملائمة في مستوى محدد من الجودة دون تبذير للموارد أو تكاليف زائدة، ومن جهة أخرى بالخصائص الشخصية والأخلاقية للأطباء أوالمعالجين في التعامل، وتضم مختلف العناصر مثل: السمع، اللباقة، التعاطف، الإحساس، السرية والخصوصية...، دون إهمال العلاقة بين المريض وطبيبه فهي عامل مهم لجودة الرعاية بوجود الثقة بين الطرفين، وتعتبر معلومات المريض حول مرضه والعلاج المقترح نقطة مهمة لإمكانية الاختيار الواضح له في العلاج.
2. **الأجهزة والمعدات:** يجب أن تضمن راحة معينة للمرضى، تكون مقبولة ومرضية وتراعي الخصوصية والسرية.

---

[1]Bernard CLEMENT, ***PRINCIPES DU MANAGEMENT DE LA QUALITE?***, www.cours.polymtl.ca, le 08/07/2007.

[1] جمال الدين لعويسات، ***إدارة الجودة الشاملة***، دار هومة، الجزائر، 2003، ص.13.

[2]Alian COULOMB **,** ***Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé***, état des lieux et propositions, ANAES , France, juilier 2004, p p23-24.

3. **استعمال الخدمة من طرف المريض :** إن نجاح الخدمات الصحية المقدمة تكون مسؤولية مشتركة بين المستفيدين منها والمعالجين، فتعاون وامتثال المريض لعمليات الرعاية عامل مهم لنجاح العلاج وجودته.

4. **الخدمة التي يتلقاها المجتمع:** يمكننا طرح السؤال التالي: هل الحصول على الخدمات الصحية يمكن ضمانه للجميع؟ سهولة وصول الخدمة الصحية للمجتمع تتطلب المساواة في تقديمها بين مختلف أفرادها، مهما وجدت من فروقات اجتماعية أو اقتصادية أو جغرافية بينهم..، وكذا خصائص النظام الصحي المعمول به، والخيارات السياسية المتبعة في تسيير وتطوير هذا النظام الذي يشكل محددا أساسيا لجودة الخدمات.

إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية يعتبر عملية صعبة، لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها، وبالتالي سيعكس وجهة نظر الطرف القائم بالتعريف، فنجدها عند:[1]

1. **المريض :** له رؤية أكثر واقعية لأنه هو الذي يتلقى الخدمة، فيرى أن الجودة هي "درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه" ويعتمد على معايير في تقييمها تتمثل في: اتصاله مع الأطباء، فترة حصوله على المواعيد، مدة انتظاره، المعاملة، طريقة الاستقبال وشروط الخدمات الفندقية للإقامة في المؤسسة الصحية...

2. **مهنيي الصحة:** هي التميز والتفوق التقني والالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية بهدف تحقيق النتائج المرجوة، وتظهر في: الكفاءات الوظيفية، القدرة على تطوير واستخدام تقنيات التشخيص والعلاج، ملاءمة إجراءات الرعاية؛ بمعنى تطبيق الطب المبني على البراهين (Evidence Based Medicine)، مع الأخذ بعين الاعتبار احتياجات ورغبات المرضى، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

3. **المنظمات الدافعة والسلطات العامة ومسيري التنظيم:** هي مدى كفاية عرض الرعاية، احترام متطلبات الأمن، جودة الرعاية مع البحث عن الاستخدام الأمثل للموارد؛ بمعنى محاولة تكييف الموارد المتوفرة للاحتياجات الصريحة والضمنية للمرضى، وتقديم أحسن خدمة لأكبر عدد من الأفراد.

4. **المالكين[2]:** الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم خدمة جيدة للزبائن وبالتكلفة الأقل، فهي تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب

[1]Dominique Bertrand, ***Accréditation et qualité des soins hospitaliers***, adsp n 35, juin 2001, France, p26

[2] فوزي مدكور، مرجع سابق، ص198.

مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة.

5. **الممرضين**: التسلسل الجيد للعمل التقني وأعمال الوقاية، إضافة إلى العلاقة الجيدة مع المرضى والمطابقة مع الإجراءات[1].

6. **وجهة النظر السياسية:** عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع ومدى رضى المواطن في ضوء الموارد المتاحة، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة، ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.

أما حسب منظمة الصحة العالمية(OMS) فهي "تقديم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس ويضمن له أفضل النتائج في مجال الصحة وفقا للوضع الحالي للعلوم الطبية، بأفضل التكاليف وبأقل المخاطر ولأكبر رضى..."[2]

وتعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الجودة بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"[3] أي "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة"[4].

I-2- أهداف جودة الخدمات الصحية: إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار الأهداف التالية:[5]

- تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
- ملاءمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية.

[1] Etienne Minvielle, ***les politique d'amélioration de la qualité des soins de l'hôpital ,quel fondement organisationnelle?***, revue politique et management public, volume 17, n 4, décembre 1999, p60.

[2] Yves Derenne, ***Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un etablissement de santé, principes méthodologiques***, ANDEM, France, Octobre 1996.

[3] Hervé Leteurtre et autres, ***La qualité hospitalière***, ed Berger-Levraulte, Paris, 2 éme ed, 1999, p272.

[4] فوزي مدكور، مرجع سابق، ص 199.

[5] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سابق، ص128.

- اعتماد الإجراءات السريرية* المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أوالوقاية منها.
- تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.
- تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة.
- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

وتتميز الجودة بقيم جوهرية تتمثل في:[1]

- خدمة المريض (والعملاء الآخرين) أولا: ينبغي أن تعزز الخدمات الصحية خصوصية عملائها عن طريق عملية تخطيط الرعاية، والمقدرة على إدراك هذه الخصوصية هي تجسيدها في القيمة الجوهرية في شعار "خدمة المريض أولا" رغم فروقات تجسيدها في المجالين السريري وغير السريري.
- تحقيق توقعات العميل: مع اختلاف المهارات الفردية للأطباء وباقي عاملي المؤسسة الصحية ينبغي عليهم ضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات عملائهم والعناية الفائقة بها، لزيادة رضاهم حول الخدمة المقدمة لهم.
- تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة: فإذا لم يتم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة فينبغي تقديم الخدمة المصححة بشكل صحيح في المرة الثانية فورا، بالبحث عن أسباب الفشل في المرة الأولى.
- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها: الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن لتحديد وتقليل تكاليف فشل المؤسسة الصحية في تقديم مستوى عال من الجودة.
- دعم الأداء الجيد للموظفين: إن المؤسسة الصحية الناجحة هي التي تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة دفعهم على أداء العمل أنهم مقدرون كأفراد، وكأعضاء فاعلين في فرق العمل المشكلة ولديهم دور مهم.

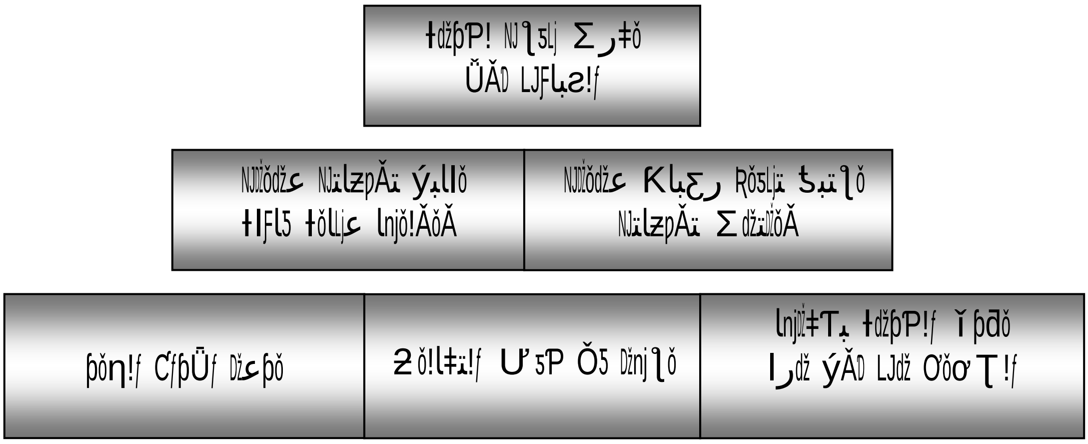
وتظهر هذه القيم في الشكل التالي:

---

* هي كافة الخدمات الطبية التي تخص المرضى الذين يتطلب علاجهم الإقامة السريرية في المؤسسة الصحية.

[1] هيوكو ؟، *إدارة الجودة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية ودعم الالتزام بها*، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002، ص ص57-58.

الشكل رقم(07) القيم الجوزارية للجودة



المصدر: هيوكو ، مرجع سابق، ص57.

II- أبعاد ومستويات جودة الخدمات الصحية:

للجودة عدة أبعاد ومستويات من خلالها يدرك المستخدمون للخدمات الصحية أو المقدمون لها مستوى جودة الخدمة الذي يقدم.

II-1- أبعاد الجودة في الخدمة الصحية: يعتبر تحقيق أعلى معدلات الرضى أحد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية، لكن توجد أبعاد أخرى يجب أخذها في الحسبان عند قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية أهمها:[1]

1. **المساواة:** أي حصول جميع المرضى على نصيب عادل ومتساو من الرعاية الطبية وفقا لاحتياجاتهم وبغض النظر عن انتماءاتهم السياسية والدينية أوطبقاتهم الاجتماعية أومراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بمقدمي الخدمة أو المسؤولين عنها.
2. **الفعالية:** تعني تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية سواء على مستوى المريض أو على مستوى المؤسسة الصحية أو على مستوى المجتمع ككل، وهي تعكس مدى القيام بالعمل بالطريقة الصحيحة، ولمعرفة المقصود بهذا البعد يتحتم الإجابة عن السؤال التالي: "هل الإجراء أو التدخل الذي تم اتخاذه أعطى النتائج المرجوة منه"، وبذلك تقاس الفعالية بنسبة النتائج إلى المدخلات.
3. **الملائمة**: وتعني ملاءمة الخدمة للغرض الذي تقدم من أجله من حيث أسلوب وإجراءات ووقت ومكان تقديمها، ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسمانية والذهنية.

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سابق، ص ص 188-189.

4. **القبول**: أي أن الرعاية الطبية المقدمة في المؤسسة الصحية يجب أن تحظى بقبول المرضى وذويهم ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام.

5. **الكفاءة**: هي نسبة مخرجات الخدمات إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج تلك الخدمات، وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمرضى المستفيدين منها دون أن تطغى خدمة أو مريض على الآخرين، وتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة، وبشكل آخر فهي تعني تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة بالاستثمار الأمثل للموارد المتاحة بتقليل التكاليف عن طريق تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتلافي الخدمات غير الضرورية أو الخاطئة.

6. **الوصول إلى الخدمة**[1]: أو سهولة الحصول عليها لمن يحتاج إليها، أي أن خدمات الرعاية الصحية ليست مقيدة بأية حواجز جغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو تنظيمية أو لغوية، ويعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحياناً الحصول على خدمات طبية أساسية، مثل التطعيمات التي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلاً، ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلى الخدمات بما يلي:

أ- **الوصول الجغرافي:** حيث تؤخذ الأمور التالية بعين الاعتبار: توفر وسائل المواصلات للوصول للخدمة، بعد المسافة عن المرفق الصحي، والوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية والعوائق الطبيعية التي تحول دون وصول المريض لتلك الخدمة...

ب- **الوصول الاجتماعي(الثقافي):** يشير إلى قبول الخدمة الصحية المقدمة في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتوجهاته.

ج- **الوصول المادي أو الاقتصادي:** يشير إلى قدرة متلقي الخدمة على دفع قيمة الخدمة الصحية.

د- **الوصول اللغوي:** يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له.

هـ- **الوصول المؤسسي أو التنظيمي:** يعني مدى تنظيم الخدمات بطريقة تناسب المستفيدين منها، ويتضمن ذلك أموراً عدة مثل ساعات الدوام ونظام المواعيد وفترات الانتظار وطريقة تقديم الخدمة...

[1] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 39.

ويمكننا أن نعتبر أن جودة الخدمات تعتمد على ثلاثة عوامل يمكن من خلالها التصرف بطريقة متكاملة:[1]

1. **توفر الهياكل الصحية:** المستشفيات، العيادات، المصحات العامة والمتخصصة... وتوزيع هذه الهياكل يكون محدد من خلال المخططات الإقليمية للنظام الصحي.
2. **قواعد تنظيم النظام الصحي:** تكون تبعا للأهداف المحددة انطلاقا من الاحتياجات الصحية، وتحتوي خاصة على معايير الحصول على العلاج، والتكفل بالمرضى.
3. **الكفاءة المهنية للأطباء والمهنيين:** والتي تقوم على:

- التعليم الجامعي الأولي الذي تقره شهادة وطنية، تأهيل من قبل المجلس الوطني لنقابة الأطباء.
- التكوين المستمر.
- التكوين على المهن: مهندس جودة، المسؤول على ضمان الجودة، مساعد الجودة...

II-2- مستويات الجودة في الخدمة الصحية: يمكن التمييز بين أربعة مستويات مختلفة للجودة:[2]

1- الجودة المتوقعة *(la qualité prévue):* هو مستوى الجودة الذي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، أو هو مستوى الخدمات الذي تريد تقديمه لزبائنها وتملك الوسائل اللازمة لذلك، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة عليها.

2- الجودة المعطاة *(la qualité fournie):* مستوى الجودة الحقيقي الذي يصل إلى المريض.

3- الجودة المدركة *(la qualité perçue):* مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون، وهو تعبير عن رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المعطاة في مجال رضى الزبون.

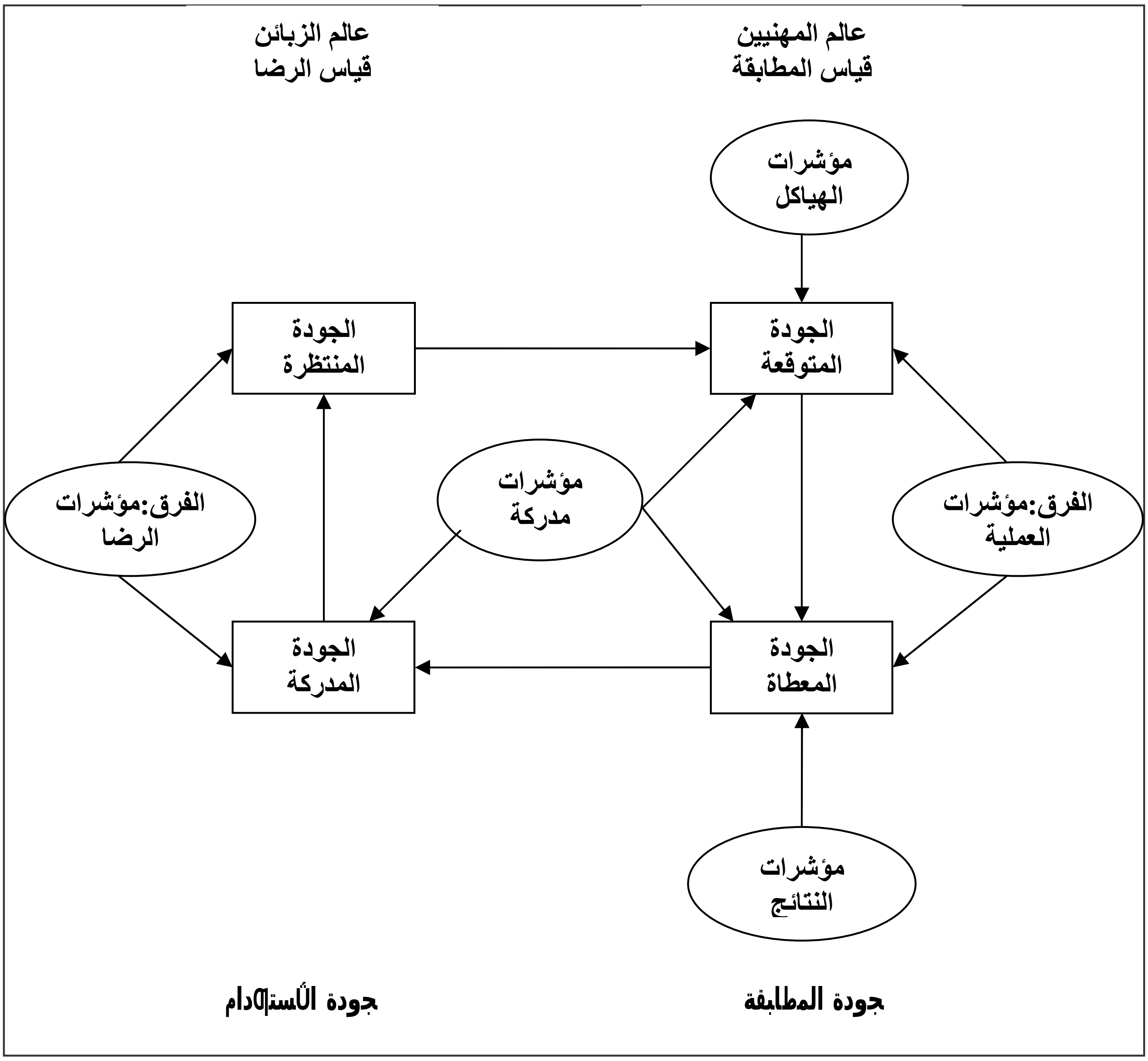
4- الجودة المنتظرة *(la qualité attendue):* تتعلق بمستوى الجودة التي يتمنى الزبائن الحصول عليه، ويعتمد على معايير مثل النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والأدوية...

النوع الأول والثاني للجودة يتعلقان بالمؤسسة ويعكسان مستوى أدائها، أما النوعين الآخرين فيعكسان وجهة نظر الزبائن ومستوى رضاهم.

وتتضح العلاقة بين مستويات الجودة ومؤشراتها في الشكل التالي:

[1]Bouget Jacques, Honnorat Charles, ***Démarche qualité en médecine***, Module "Apprentissage de l'exercice médicale", Faculté de Médecine de Rennes, France, Mars 2004.
[2]Claude Vilcot, Hervé Leclet, Op.cit, p p17-19.

الشكل رقم(08): حلقة الجودة وموقع المؤشرات



Source : Claude Vilcot, Hervé Leclet, Op.cit, p49

III- تكاليف جودة الخدمة الصحية وعوائقها:

يعتبر تقديم خدمة عالية الجودة من الأمور الصعبة، خاصة لتباين إدراك المستفيدين منها، كما يصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمة صحية بجودة عالية على مدار الوقت لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها والتي قد تؤثر سلبا على ذلك الأداء، ويختلف تصنيف التكاليف من منظور الجودة وتتعدد العوائق التي تؤثر فيها.

III-1- تصنيف التكاليف من منظور الجودة: التكاليف من منظور الجودة هي كامل التكاليف التي تساعد في عمل الإجراء المطلوب، مضافا إليها تكاليف النتائج غير المرضية التي قد تحدث والناتجة عن عدم تحقيق مستوى الأداء المطلوب، وتشمل التكاليف المدفوعة من المؤسسة أو المريض في حالة حدوث نتائج غير مرضية بما في ذلك الخسائر الناتجة عن الهدر وتكرار العمل

أكثر من مرة، ويتم تصنيفها داخل المؤسسة بحسب المعايير الخاصة بها، وبجانب ذلك توجد خسائر لا يمكن تحديدها بشكل كمي مثل خسارة سمعة المؤسسة الصحية، ولذلك تبذل كافة الجهود في سبيل الجودة لتجنب هذه الخسائر.

ونظراً لكون الموارد محدودة، فقد يحتاج تطبيق برامج ضمان الجودة إلى موارد إضافية، فمن الممكن توفير هذه الموارد بتقليل نسبة الخدمات الخاطئة أو غير الضرورية، مع زيادة فعالية استخدام الموارد المتاحة، ويتم تصنيف هذه التكاليف إلى:[1]

1- تكاليف وقائية: تشمل تكاليف استخدام وسائل أو تطبيق نشاطات تمنع حدوث الفشل أو وقوع الخطأ، وتحافظ على تكاليف التقييم بأقل ما يمكن، وعادة ما تبدأ في المراحل التحضيرية للمؤسسة أو لعمل جديد أو خدمة جديدة، وكأمثلة على ذلك: تكاليف مراجعة منتج أو خدمة جديدة، تخطيط وتصميم الجودة، اجتماعات مجلس الجودة، برامج التدريب، وضع إجراءات العمل، تحليل المعلومات، مشاريع تحسين الأداء، التخطيط...

وفي المجال الصحي يمكن أن تكون هذه التكاليف للتخطيط ولتحديد احتياجات المريض، تعليم وتدريب الكوادر الصحية...

2- تكاليف التقييم: تنفق هذه التكاليف للتحقق من مدى مطابقة المنتجات والخدمات لمعايير الجودة وكذلك تكاليف الدراسات والتدريب، وتتضمن على سبيل المثال: التدقيق والاعتماد والترخيص، الصيانة، فحص المشتريات، توثيق الإجراءات المختلفة... كاختبار كفاءة العمال الجدد، التحري الدوري لعمليات العمل، القياس، التحقق النهائي...

3- تكاليف الفشل الداخلي: هي نتيجة تصحيح الخدمات والناتجة عن عدم مطابقتها للمعايير وذلك قبل تسليمها للمستفيد، أو لتصحيح الإجراء الخاطئ قبل معرفة أو وعي المريض له أثناء سير العملية الإجرائية، مثل إعادة إجراء فحص دموي من نفس العينة المأخوذة من المريض لفشل الفحص الأول، التلف الناتج عن مرحلة عمل غير صحيحة، إعادة العمل أو تكرار إجراء معين لعمل أو أجزاء منه...

4- تكاليف الفشل الخارجي: هي نتيجة تصحيح الخدمات غير المطابقة للمعايير بعد تسليمها، أو تلك التي اختبرت من قبل الزبون، أو هي كلفة إصلاح الفشل الذي يتم التعرف عليه من قبل المريض بعد الانتهاء من عمل الإجراء له، مثل إعادة إجراء فحص دموي من عينة جديدة تؤخذ من المريض لفشل الفحص الأول، وكأمثلة عامة: دفع الغرامات، إعادة عمليات منتج أو أجزاء منه، التلف الناتج عن عدم المطابقة، رفض الخدمة أو المنتج من الزبون، السمعة السيئة الناتجة عن سوء الأداء أو رداءة المنتج.

[1] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص ص43-44.

III-2- عوائق الجـودة: يمكن تصنيفها إلى قسمين:[1]

1. **العوائق المرئية:** صعوبات ذات طابع تقني تأتي من مفهوم الجودة نفسها، ويمكن التغلب عليها نسبيا، وتنقسم إلى قسمين:

أ- صعوبات مرتبطة بالمفاهيم والمصطلحات المتعلقة بالجودة.

ب-صعوبات ذات طابع تنفيذي، حيث تكون برامج الجودة عبارة عن أفكار نظرية صعبة التنفيذ.

2. **العوائق غير المرئية:** صعوبات ذات طابع استراتيجي وعلاقاتي، من الصعب تمييزها، تتعلق بعناصر ذات طابع بشري، غير واضحة وغير معروفة أويتم الاقرار بها بصعوبة، وتوجد عدة عوامل تظهر أصل هذه الصعوبات:

- عوامل مرتبطة بالضغوط الخارجية للمؤسسة.
- عوامل مرتبطة بعناصر مؤسسية وبالسلوكات الجماعية.
- عوامل فردية في ظل غياب الاتصال.

كما يمكن تصنيف عيوب الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام:[2]

1. **الاستخدام القليل للموارد (نقص الرعاية):** بمعنى عدم تقديم خدمات صحية تؤدي إلى نتيجة إيجابية وملائمة للمريض لقلة استخدام الموارد والطاقات المتوفرة.

2. **الافراط في استخدام الموارد (إسراف في الرعاية):** التي تتعلق بتقديم خدمات صحية تؤدي إلى آثار سلبية محتملة تتجاوز الآثار الايجابية الممكنة، بمعنى استخدام غير صحيح للموارد.

3. **عيوب تقديم الخدمات الملائمة (لا نقص ولا إسراف في استخدام الموارد):** أي وقوع حدث غير مرغوب فيها أثناء تقديم الخدمة الصحية، أو استخدام غير ملائم للموارد، فقد يكون حدث سريري أو شبه سريري.

إلا أن حدوث الأخطاء أثناء تقديم الخدمات الصحية لا يعود فقط إلى دور مختلف المهنيين، فقد أكد ديمينغ أن 15% من القصور يتعلق بالخبرة الفنية للمهنيين، في حين أن 85% تتعلق بعوامل تنظيمية[3]

ومن أهم أسباب فشل مشاريع الجودة مرتبطة بتجنب معظم المؤسسات الصحية مشاركة الأطباء من البداية، وقد يعود هذا لعدة أسباب أهمها:[4]

---

[1] Dominique Bertrand, Op.cit, p 41.

[2] Alian COULOMB, Op.cit, p p 25-26.

[3] Jocelyn HUSSER, ***Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire,*** Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy/ Genève 13-16/06/2006.

[4] محمد بن عبد العزيز العميرة، ***علاقة الجودة بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض***، دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الادارية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2003، ص ص 46-47.

- لم يتلق الأطباء التدريب اللازم على بعض الأمور المتعلقة بإدارة الجودة مثل التركيز على العملاء والعمليات.
- تواجه الأطباء مشكلة تخصيص الوقت للتعلم والمشاركة في فرق العمل.
- محاولة اشتراك الأطباء في البداية تتطلب مجهودا إضافيا في قيادة الجودة لأنه من الصعب تحديد وتعريف هذه المشاركة بشكل إجرائي ملائم.
- إضافة أن نقص مشاركة الأطباء في مجهودات التحسين يعود إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، واعتقادهم أن إدارة الجودة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة، وتؤكد التجارب أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية بشكل واسع دون مشاركة الأطباء فيها بدا ذلك صريحا تزيد التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.

كما تتسم المؤسسات الصحية بوجود خطين واضحين للسلطة، أحدهما إداري والآخر طبي، ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها على بعض جوانب النشاط دون غيرها.

وهناك عناصر تؤثر في جودة الخدمة الصحية المقدمة من واجب الإدارة العمل على تتبعها، وتتمثل هذه العناصر في:[1]

1. **تحليل توقعات الزبون:** تحتاج المؤسسات الصحية عند تصميمها للخدمة الصحية إلى فهم توقعات الزبائن، وقد يفوق ذلك التصميم التوقع، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنها من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة.
2. **تحديد جودة الخدمات:** يجب أن تقوم المؤسسة الصحية بالتحديد والتوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يرتبط بأداء العاملين فيها وبمستوى كفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة.
3. **أداء العاملين:** يتم الالتزام بالخدمة الصحية من قبل جميع العاملين المعنيين في المؤسسة الصحية التي تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب لهم، ويرتبط ذلك بعملية تدريبهم بشكل كاف، لفهم كيفية قيامهم بأدائهم للعمل وتفاعلهم الصحي مع المرضى، وتقديم المعلومات المناسبة للإدارة لتطوير مستوى الأداء للارتقاء بجودة الخدمة.
4. **إدارة توقعات الخدمة:** من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم زبائنها لجودة الخدمة المقدمة لهم، أو التي ستقدم لهم في فترة لاحقة، ولابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية يمكن تحقيقها.

---

[1] فوزي مدكور، مرجع سابق، ص ص 204-205.

المبحث الثالث: مناهج التغيير في جودة الخدمات الصحية:

لتطبيق مفهوم جودة الخدمات الصحية أوجه، ومبادئ، ومهارات، وطرائق، وأدوات مختلفة تتمثل خاصة في مراقبة الجودة، ضمان الجودة، التحسين المستمر للجودة، الإدارة بالجودة الشاملة، وتقييم الجودة لمعرفة ما إذا كان هناك تباين بين مستوى الخدمات المتبع فعلياً والمعايير المعتمدة، وكذلك التعرف على أية أساليب أو ممارسات يمكن أن تؤدي إلى خلق مشكلات في الأداء، وتحديد الخيارات المتاحة لتصحيحها بهدف الوصول إلى أعلى مستويات الجودة الممكنة للمرضى من خلال الإمكانيات المتاحة، ويعرف منهج الجودة بأنه "مجموعة من الطرق والتقنيات والأعمال الإدارية التي تقود المؤسسة الصحية لإدارة جودة خدماتها بهدف إرضاء زبائنها وضمان بقائها وتطورها"[1]

ويمكننا جمع أهم تلك المناهج في:

I- تقييم الجـودة:

إذا كانت جودة المنتوج الصناعي يمكن قياسها، فإن جودة الخدمة لا يمكن قياسها بل يتم تقييمها، وعلى المؤسسات الصحية الراغبة في إتباع سياسة جودة الخدمات الالتزام ببرامج تقييم لتجسيد حقيقة جودة الخدمات، ويسعى هذا لتأكيد ما توصلت إليه مقارنة بمعايير معروفة، ويشكل جزء من الرقابة على الجودة، وتتعدد المجالات والمعايير التي يتم بها تقييم الجودة.

I-1-مجالات التقييم: تقوم المؤسسة الصحية بتقييم الجودة في مجموع الخدمات التالية:[2]

- تقييم الخدمات الطبية: التشخيص، العلاج...
- تقييم الخدمات التمريضية: المتعلقة بأعمال الرعاية في المجالات التقنية والسلوكية مع المرضى.
- تقييم البحث والتعليم.
- تقييم الخدمات الفندقية، الصيانة، الهاتف...
- تقييم الخدمات الإدارية: وقت الانتظار، نوعية الاستقبال، سرعة الإجراءات الإدارية...

ويشكل الاعتماد عملية تقييم خارجي يقوم بها مهنيون مستقلون عن المؤسسات الصحية، ويهدف إلى التأكد من أن شروط السلامة وجودة الخدمات مأخوذين بعين الاعتبار.

---

[1]*Démarche Qualité - Qualité des soins*, www. http://www.infirmier-general.com/qualite.htm, le 12/08/2007.

[2]*Cadre hospitalier et management,* http://membres.lycos.fr/papidoc/36AnnuaireManagt.htm, le 12/08/2007.

إن تقييم جودة الخدمة الصحية يقتضي إجراء الخطوات الثلاث التالية:[1]

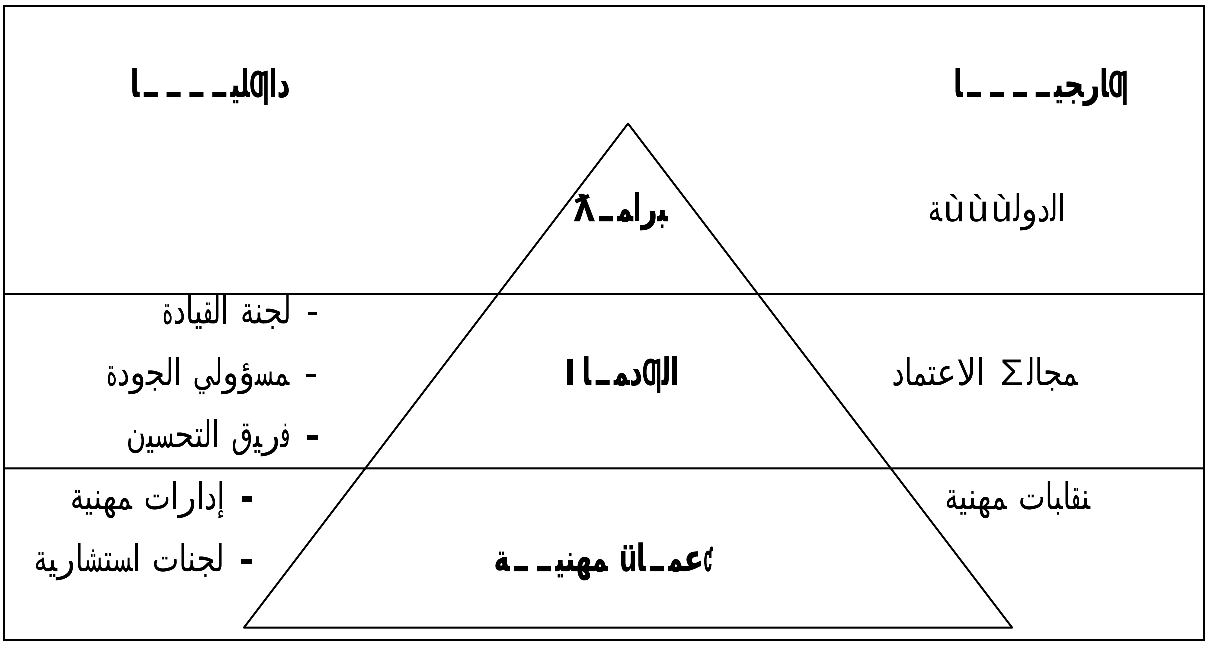
1. إعداد معايير للجودة ووضع أدوات لقياسها.
2. قياس الوضعية الملاحظة.
3. تقدير أهمية الفرق مقارنة بالمعايير الموضوعة (تحديد درجة الجودة المحصلة).

ويمكن لتقييم الجودة أن يشمل ثلاثة مظاهر هي:[2]

1. **جودة الأعمال المهنية:** يقوم الأطباء وباقي المهنيين داخل المؤسسات الصحية بتقييم نشاطهم بطرق مختلفة، مثل تحليل شكاوي المرضى واستخدام معايير محددة، أما على المستوى الخارجي فيتم بواسطة الهيئات التي حددها القانون لحماية الأفراد.
2. **جودة الخدمات المقدمة:** ويتم تقييمها داخليا من خلال المستويات العليا للإدارة ومسؤولي الجودة وفرق تحسين الجودة، أما خارجيا فتتولى مؤسسات ومجالس الاعتماد تقييم جودة الخدمات.
3. **جودة البرامج والسياسات الصحية:** يتم ذلك بواسطة السلطات الوصية المتمثلة في وزارة الصحة بتعيين مستشارين لها للقيام بعملية التقييم.

وهذا ما يتضح من الشكل التالي:

الشكل رقم(09): التنظيمات والأنظمة المساعدة على إدارة جودة الخدمات الصحية



Source : Patrice François , Jaque Rheaum, Ibid, p16

[1] Myriam HUBINO, ***Management des Unités de Soins : De l'Analyse Systémique à l'Evaluation de la Qualité,*** Edition De Boeck Université, Belgique, 2004, p p 54-55.

[2] Patrice François , Jaque Rheaum, ***Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les*** **hôpitaux** ***du Québec***, 2001, p 15.

I-2- معايير التقييم: تقوم إدارة الجودة بالمؤسسة الصحية بوضع المؤشرات والمعايير التي يمكن عن طريقها تقييم جودة خدماتها ومتابعة تنفيذ السياسات العلاجية بما يضمن ارتقاءها ومطابقتها للمستوى المطلوب، ومتابعة علاج المرضى وتحويل الحالات التي يشتبه في وجود احتمال قصور علاجي تجاهها إلى الأقسام المعنية؛ حيث تقوم لجان تحسين الأداء بهذه الأقسام بدراسة هذه الحالات وعمل مقترح مناسب، إلى جانب المساعدة في تقديم توجيهات وأوامر لعلاج المرضى لضمان سير العلاج بالصورة المطلوبة، والتأكد من وجود المناخ المناسب داخل المؤسسات الصحية، بما يكفل راحة وسلامة المرضى وذويهم والعاملين والزوار ويتم ذلك عن طريق جولات رقابية منظمة، للتأكد من النظافة وإجراءات السلامة والمعدات وغيرها بالأقسام المختلفة، كما تطبق إدارة الجودة نظام التبليغ عن كل ما يخالف المستويات المرجوة، مثل حالات الإصابات، وسقوط المرضى، وتلف الأجهزة.

ويمكن تصنيف المعايير المتعلقة بجودة الخدمات الصحية إلى:[1]

1. **معايير الأداء:** عبارات تعبر عن توقعات هيئة عليا معتمدة بخصوص درجة أو مستوى الاحتياجات التي يلزم تلبيتها لتتفوق في أداء مهمة ما يؤديها فرد أو مجموعة أو هيئة أو مجتمع ما طبقا لاحتياجات ومواصفات موضوعة مسبقاً، وهي تعليمات محددة ودقيقة للأداء المتوقع من العاملين، وتقيس نتيجة الخدمة والأنشطة المرافقة، وتستخدم هذه المعايير أيضاً لقياس الالتزام بالإرشادات، فهي مصممة لتقييم الممارسة وليس لمساعدة مقدمي الخدمة الصحية أو المرضى.
2. **أدلة العمل (إرشادات الممارسة):** يضعها الخبراء عادة كل حسب اختصاصه، وتصف الأدلة إجراءات العمل، وتبين بالترتيب ما يجب عمله أو تفاديه خطوة خطوة في كل نشاط، وتسمى أحيانا "حدود الممارسة" أو الأساليب السريرية، وهي التي تحدد كيف يتم تنفيذ العمليات السريرية، مثل الرعاية التي تقدم للأمهات قبل الولادة، وتعرف أدلة العمل في المجال الطبي بأنها "مجموعة خطوات منهجية مصممة مسبقاً من جهات أكاديمية لمساعدة الكادر الطبي على اتخاذ قرارات الرعاية الطبية"، وكذلك بأنها "بيانات تتم صياغتها بانتظام لمساعدة مقدم الخدمة الصحية والمريض على اتخاذ القرارات حول الرعاية الصحية الملائمة تبعاً لظروف علاجية معينة".
3. **إجراءات (قواعد) العمل الفنية والإدارية:** خطة مفصلة لإجراء معين، والإجراءات الإدارية التي يشار إليها أحياناً على أنها إجراءات معيارية عملية، تحدد العمليات الروتينية غير العلاجية، وتدعى أحياناً بالبروتوكول.
4. **المواصفات:** هي وصف مفصل لخصائص وقياسات منتج أو خدمة، أما في المجال الصحي

[1] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص ص125-126.

فتشير في العادة إلى صفات الناتج الصحي أو الأشياء المادية مثل الأدوية والمعدات ذات العلاقة بتقديم الخدمة الصحية.

ويمكن إضافة عن هذا المعايير:

- **معيار رضا العميل:** في مجال الخدمات الصحية تتعامل المؤسسات مع مفهوم العميل ذي الصور المتعددة:
  - المرضى الحاليين والمرضى المرتقبين.
  - المراجعين.
  - الأقارب والزوار.
  - عملاء الأطباء الممارسين العامين المخصص لهم اعتمادات مالية أو غير المخصص لهم.
  - شركات وإدارات أخرى.
  - العاملين بالمؤسسة الصحية نفسها.

ويتم تقييم رضى العميل عن طريق إجراء المقابلات مع المرضى أو توزيع الاستبيانات عليهم، مع استطلاع رأيهم عن طريق استبيان سنوي للتأكد من مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة، وأخذ ملاحظاتهم للاستفادة منها في تطوير الأداء وضمان الجودة، ومستوى الرضى عن الخدمات يرتبط بعوامل أهمها عامل النظافة، وجود تأمين صحي، اهتمام الطبيب أثناء العلاج، طول فترة الانتظار بين الموعد الفعلي ووقت العلاج، المعاملة الحسنة من الموظفين...

رضى المستفيد من الخدمة يُعتبر علامة على جودتها وعامل من عوامل تسويقها، ومؤشر لنظرته لمختلف جوانب الجودة في الرعاية، ويمكن استخدامه كمقياس بديل لهذا الجوانب، فلا يمكن أن تكون الخدمة عالية الجودة ما لم يكن المريض راضياً عنها، وشرط أساسي للرعاية الجيدة، إذ أن الأرجح أن يتعاون المريض الراضي تعاوناً فعالاً مع مقدم الخدمة الصحية، وأن يقبل توصياته ويستمسك بها، ويمتثل لأوامره، ويحافظ على المواعيد، والأرجح كذلك أن يشارك في معالجته ويتعاون مع مقدم الخدمة الصحية بإفشاء ما يطلبه منه من معلومات طبية ويكون أكثر قناعة، في حين أن المريض غير الراضي معناه عدم ثقته في مقدم الخدمة الصحية وربما في نفسه كذلك، وقد يؤدي عدم رضى المريض بالرعاية المقدمة إليه إلى البحث والتحري عن الأطباء وباقي المسؤولين وإلى المقاضاة على سوء الممارسة المهنية.

ويرتكز تقدير الجودة على المعايير المرتبطة بالمقاييس التالية:[1]

1- **مقاييس هيكل أو بنية الرعاية أو مدخلاتها:** يرتكز على البيئة التي تقدم فيها الخدمات:

---

[1] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سابق، ص ص 129- 130.

- الترخيص، توافر الأجهزة والإمدادات.
- الالتزام بالضوابط والاشتراطات الصحية وشروط السلامة.
- تعيين الهيئة الطبية ومراجعة المؤهلات والخبرات المطلوبة.
- الترخيص المهني لهيئات التمريض والهيئات الطبية المساعدة الأخرى.

2- **مقاييس الجودة المرتبطة بعملية الرعاية**: تستخدم هذه المعايير من أجل التحقق من الجودة من جهة، والاستفادة منها عند تعويض مقدمي الخدمة عن النفقات الصحية من جهة أخرى، منها:

- الفحوص المخبرية التي يتم إجراؤها.
- فحوص الأشعة.
- العقاقير الموصوفة.
- الإجراءات العلاجية التي يتم إجراؤها.
- مدة التفاعل بين الطبيب والمريض.

3- **مقاييس جودة الرعاية المرتبطة بنتائج الرعاية**: تشمل:

- معدلات المرض.
- معدلات الوفيات.
- معدلات عدوى المستشفى.
- معدلات مضاعفات المرضى.
- معدلات النقاهة أو الشفاء.

وتستخدم المعايير من أجل:

1. تحديد الجودة وتعريفها وتحديد ماذا تعني المؤسسة بالجودة وكدليل لعملها، من خلال التعرف على المدخلات الهامة والتعرف على آلية تنفيذ الأنشطة والإجراءات للوصول إلى النتائج المرغوبة ووصف هذه النتائج.
2. مساعدة المؤسسة على قياس وتقويم الجودة.
3. تقليل الاختلاف في الأداء، ولتشجع الاستمرارية والتجانس.
4. وضع أسس للتقييم.

وهناك مقاييس أخرى مثل **الإدارة الزمالية**: أو المراجعة الزمالية وهي عملية مراجعة وتقييم جودة الرعاية التي يقدمها المهني الصحي، وتسمى هذه العملية أحياناً "التدقيق الطبي"، وهو تقييم يقوم به عادة، "زميل" لشخص آخر ذي مؤهلات مماثلة أو مساوية، من أجل اتخاذ قرار ملائم بشأن جودة الخدمة المقدمة، ويقوم هذا "الزميل" بتقييم الخدمة المقدمة بالإجابة عن سؤال مقدم

الخدمة المحتاط، وهذا السؤال هو "لو كنت في ذلك المكان أقدم الرعاية لتلك الحالة بعينها، هل كنت أقدم لها نفس هذا النوع من الرعاية" فإذا كان جواب هذا السؤال "لا"، تعين تحديد المجالات التي تثار بصددها القضايا المتعلقة بجودة الخدمة الصحية، ثم تحديد منها العمل المطلوب للحيلولة دون تكرار هذا الوضع، ويعتمد "الزميل" عادة على معايير ضمنية في تقرير ما إذا كان المهني المعني قد حقق أم لم يحقق الجودة المطلوبة في الرعاية التي يقدمها، علما بأن المعايير "الضمنية" هي المعايير غير المكتوبة في وثيقة، بل هي مجموعة من ممارسات الرعاية جمعها الزميل خلال تجاربه، وهناك نوع آخر من معايير التحري هو المعايير "الصريحة"، وهي أكثر تحديدا من المعايير الضمنية، والتي ترتكز على معطيات طبية، ويدون هذه المعايير خبراء في هذا المجال، ويتم تحديثها بانتظام لضمان استمرار قابليتها للتطبيق وملاءمتها، وتستعين بالمعايير الصريحة، عادة، المؤسسات المعنية بالتدقيق الطبي، للقيام بإجراء نوع من التحري الأولي على حالة معينة قبل إحالتها إلى أحد الزملاء.

وهي عملية مهمة لتحديد القضايا المتعلقة بجودة الرعاية، التي تحتاج إلى مزيد من الاستيضاح، ومزيد من الوعي أو الثقافة، ومن الواضح تماما أن كلا من المؤسسة والمريض يمكن أن يستفيد استفادة هائلة من هذه العملية[1].

II- التحسين المستمر للجودة:

يتعلق التحسين المستمر بمجال ضمان وتأكيد الجودة، فضمان الجودة يمثل أسلوبا ومنهجا سليما للارتقاء بالخدمات الصحية ورصدها وتقييمها على أساس علمي، وفي حدود الموارد المتاحة وهو وسيلة للوصول إلى مستوى جودة مقبول، وحسب M-H Walter هو "مجموع النشاطات المخططة والمنظمة والمخصصة لضمان المنتجات والخدمات للزبائن"[2] أي تقديم الإثباتات لتكون الخدمات محددة ومعروفة ويمكن السيطرة عليها، ويعيد مطابقة الممارسات مع المعايير الموجودة مسبقا وضمان الجودة بهدف الحصول على ثقة المرضى.

وضمانا لتقديم خدمات عالية الجودة، ينبغي للمؤسسة الصحية تخطيط خطواتها المستقبلية، فعليها أن تعرف على وجه التحديد الوضع الراهن، والأحوال الصحية السائدة، والموارد المتاحة، وما لديها من موارد بشرية، وأن تحدد بوضوح أين تريد أن تحدث تغييرا في الوضع الراهن، وهذا

---

[1] **الإنجازات الراهنة والمستجدة في مجال تقييم الجودة وتحسينها**، من موقع http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b04.htm بتاريخ 2007/09/20.

[2]Florence Douguet, Jorge Munoz ,document de travail, ***Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants***, série études n[0] 48, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France, juin 2005, p41.

يعني أنه ينبغي أن يكون لديها رؤية واضحة للمستقبل، وأن تبيّن رسالتها، وتحدّد أغراضها، وينبغي لها بعد أن تحقق ذلك أن تصوغ الخطط والبنية التنظيمية لعمليات تحسين الجودة.

أما التحسين المستمر فيهدف للحصول على أقصى قدر من الجودة المطلوبة.

II-1- مبادئ التحسين المستمر للجودة: يعتمد التحسين المستمر على تقسيم أنشطة المستشفى في سلسلة عمليات، وهناك ثلاثة مبادئ تصف هذا المنهج:[1]

1. **الوصف في شكل عملية:** يمكن النظر للخدمات الصحية كمجموعة معقدة من المهام المعدة للتنفيذ، والتي يمكن جمعها في عملية بهدف تحقيقها، فكل عملية تتكون من عدة مراحل وكل مرحلة تتكون من تتابع مجموعة من المهام تتم بتدخل أطراف مختلفة، مثل عملية فتح ملف القبول، تولي مسؤولية المريض في جناح العمليات، خروج المريض...
2. **تحليل العمليات في سيرها الحالي:** دراسة العمليات في الواقع تتطلب إشراك جميع الفئات المعنية، وهذا يحقق مزايا تسمح بـ:

- توضيح الخلل والنقاط الايجابية والتركيز على الأولويات.
- تثبيت الأهداف التي تم التوصل إليها، ومراعاة الامكانيات الداخلية للتحسين لتجنب بسرعة حالة الفشل أو الأهداف غير الواقعية.

3. **قياس التحسين:** اهتمام مستمر أثناء جميع خطوات التحسين، ومن المهم أن يستند على الأفعال لا على الآراء فقط، وتعتبر الاستعانة بمعطيات رقمية وسيلة جيدة لترسيخ منهج الجودة في الواقع، والتحقق من فعالية أعمال التحسين، والحفاظ على النتائج التي تم التوصل إليها.

وتقوم طريقة التحسين المستمر على أربع مراحل:[2]

- تحليل منهجي للعمليات وتسلسلها.
- تحديد الأخطاء الرئيسية ومصدرها.
- تعريف أنشطة التحسين التي تكون مرجعية الجودة.
- التقييم بوضع مؤشرات لمواصلة وتحسين مستوى الجودة المطلوب.

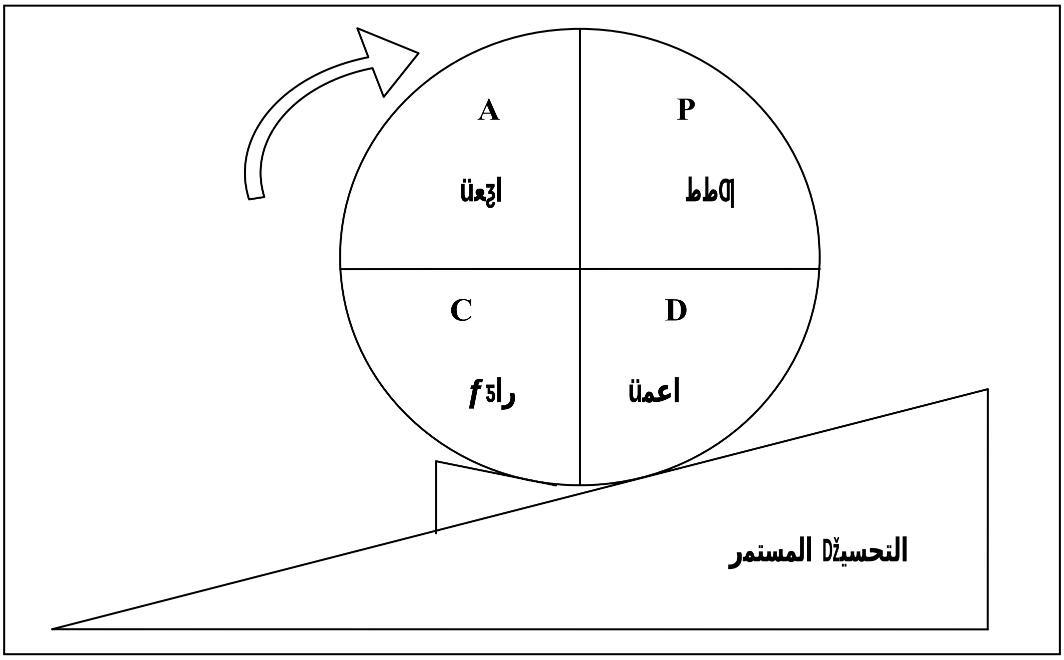
---

[1] Yves Derenne, Op.cit, p17.

[2] Florence Douguet, Jorge Munoz , Op.cit, p41.

II-2- عجلة ديمنغ ***(la roue de Deming)*** **:** يتحقق التحسين المستمر بتطبيق عجلة ديمنغ، وهي عجلة دائرية على أرضية صاعدة لغرض الرفع من مستوى الجودة في العمليات، وضمان هذا الجودة بواسطة حاجز يمنع العجلة من الرجوع إلى الوراء، كما هي موضحة بالشكل التالي:

الشكل رقم(10): عجلة ديمنغ



source, Claude Vilcot, Hervé Leclet, Op.cit, p23.

- **عدّل Do:** عملية التصور، عملية الانجاز، عملية التسيير والتحكم في وسائل القياس.
- **خطط Plan:** تحديد مجال التحسين، الموارد المالية والمادية والبشرية، عملية وضع وصياغة الاستراتيجية.
- **اعمل Act:** تطبيق مشروع التحسين، قياس وجمع النتائج...
- **راقب Check:** قياس مدى إشباع حاجات ورغبات الزبائن، عملية التدقيق، عملية الحفظ...

إن عملية التحسين المستمر للجودة يتعلق بمجموعة من العناصر تؤثر على سيرها، ففي دراسة أجريت لأثر تطبيق مفهوم التحسين المستمر للجودة وارتباطه بعناصر مختلفة كانت النتائج كالتالي:[1]

- لثقافة المؤسسة الصحية أثر مهم على تطبيق أسلوب الجودة.
- أن المؤسسات الصحية وخاصة ذات الحجم الكبير تواجه صعوبة في تغيير ثقافة التحسين المستمر بسبب الهياكل البيروقراطية.

[1]Raymond Colomb, ***cadre de référence et démarche opérationnelle pour l'implication d'un projet intégré de management de la qualité au centre hospitalier de Gaspé***, Diplôme d'études supérieures, université Monterial, Canada, 2001,p p24-25.

- كلما كان للمؤسسة الصحية خبرة في مجال الجودة كلما توصلت لنتائج أكثر جودة.
- المشاركة الطبية يكون إيجابيا في حالة العمل في إطار تأكيد الجودة، أساسه تحقيق متطلبات الاعتماد الخارجي.

III- الإدارة بالجودة الشاملة:

إن الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعني تقديم خدمة صحية سهلة المنال وآمنة وعادلة، وتتحقق في الخدمات الصحية من خلال التزام الأفراد باستخدام قدراتهم بشكل فعال، وتوسيع منطق التحسين المستمر ليشمل جميع الهياكل، ويجب أن يؤدي تطبيق أسلوب الجودة الشاملة في الخدمات الصحية إلى فوائدة عديدة منها:[1]

- تقديم خدمة جيدة والسعي نحو تقديم خدمة أفضل.
- سرور وابتهاج المستفيدين من الخدمات المقدمة.
- رضى الموظفين.
- وجود موظفين يعملون بشكل جيد عبر مختلف أقسام المؤسسة الصحية.
- تقليل تكاليف التشغيل.

إن الغرض الرئيسي لإدارة الجودة الشاملة هو أن يؤدى العمل جيدا مما يسمح بإنتاج خدمات صحية ذات جودة عالية، وذلك ينبغي الاهتمام به:

- **التركيز على العميل:** تبادل الآراء مع المرضى والأطباء الممارسين والمشترين.
- **تحسين عملية تقديم الخدمة:** وضع مقاييس المراقبة والمتابعة المستمرة للعمل.
- **منح الصلاحيات للموظفين:** تقدير الموظفين وتقييم أدائهم وتدريبهم وإشراكهم في عملية الجودة.

وقد وضع د. دونالدو بيروديك Dr. BERWICK Donald عشرة نقاط استوحاها من نظريات الرواد في الجودة الصناعية (جوران، كروسبي، ايشيكاوا) لتناسب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية[2]:

1. المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية.
2. الإدارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة.
3. الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوفرة في المؤسسات الصحية وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل.

---

[1] هيوكو ع ، مرجع سابق، ص.46.

[2] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 61.

4. إن استخدام أدوات ووسائل تحسين الأداء مثل المعايير والتدقيق ووضع لوائح الفحص والاطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل أساسي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.
5. لفرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق هذا النظام الإداري من أجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغيرات اللازمة لتبسيط الإجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة.
6. تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات، مما يمكن فريق العمل على تحليل العمليات وفهمها وهذا يؤدي إلى أداء أفضل.
7. ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم في عملهم التخصصي لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية.
8. عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها (الهدر، إعادة العمل، عدم الموثوقية، تعقيد الإجراءات، تداخل المهام) والتركيز على الوفر الناتج عن تطبيق برنامج الجودة.
9. التأكيد على أهمية التدريب لكافة مستويات العاملين بما في ذلك المديرين وفرق العمل.
10. الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الأمور الأخرى.

III-1- مجالات تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: إن وجود برنامج شامل لإدارة الجودة على المستوى العام للمؤسسة الصحية يعد أمرا ضروريا لأهمية الجودة على كافة المستويات، وللتأكد من انسيابية الاتصال بين الأقسام والإدارات المختلفة، ومن أجل تحقيق الشمولية، فإن نظام إدارة الجودة يجب أن يشمل على:[1]

- مراقبة جودة الرعاية المقدمة على مستوى المؤسسة ككل، وتحقيق أعلى مستوى من الرعاية الصحية من خلال الاستغلال المناسب والفعال للموارد المتاحة.
- وضع نظام متكامل لمراجعة وتوثيق الخدمات، من خلال تقويم مستويات الرعاية التي تقدمها المؤسسة في جميع الأقسام الإدارية، والتعرف على مدى ملاءمة نظام الرعاية القائم لاحتياجات المرضى وأنها تقدم إليهم في مواعيدها المحددة.
- رفع الروح المعنوية للأفراد والإطراء على أدائهم عند تحقيقهم للأهداف ومساعدتهم في تحديد احتياجاتهم من التعليم المستمر وزيادة الاهتمام بالدورات التدريبية بمختلف أنواعها.

[1] خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، *إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي*، مكتبة الملك فهد، الرياض، 1997، ص 78-80.

- التأكد من وجود نظام مناسب فعال للاتصال والتبليغ والتوثيق لنشاطات إدارة الجودة ورفع تقاريرها بصفة دورية إلى إدارة المؤسسة والهيئة الطبية ورؤساء الأقسام والجهات ذات العلاقة، وتحقيق التكامل والتنسيق بين الإدارات القائمة بنشاطات إدارة الجودة.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة للتأكد من أن العمليات والسياسات والإجراءات التنظيمية للمؤسسة مطابقة للمواصفات التي وضعتها وزارة الصحة، ووضع أسس لتنفيذ واستيفاء المتطلبات التنظيمية والقانونية للهيئات الرسمية التي تقوم بعمليات تقويم المؤسسات الصحية.
- تحديد صلاحيات ومسؤوليات قسم إدارة الجودة الذي يعمل على منع حدوث المشكلات واكتشاف ما يحدث منها وتحسين مستوى الرعاية المقدمة للمرضى، وصياغة هيكل تنظيمي فعال عن طريق تحديد الالتزامات.
- وضع إجراء أو نظام يسمح لأي عنصر في المؤسسة بالتعرف على المشكلات وجوانب النقص وتقديم الأفكار والمقترحات اللازمة لها لمراجعتها ودراستها وتحليلها في ظل برنامج إدارة الجودة.
- صياغة وإعداد معايير تتعلق بجانب الرعاية الخاضع للمتابعة، ثم جمع وتقويم البيانات بصورة دورية من أجل اكتشاف جوانب النقص أو معرفة الفرص المتاحة لتحسين مستوى الرعاية ومستوى الأداء السريري.

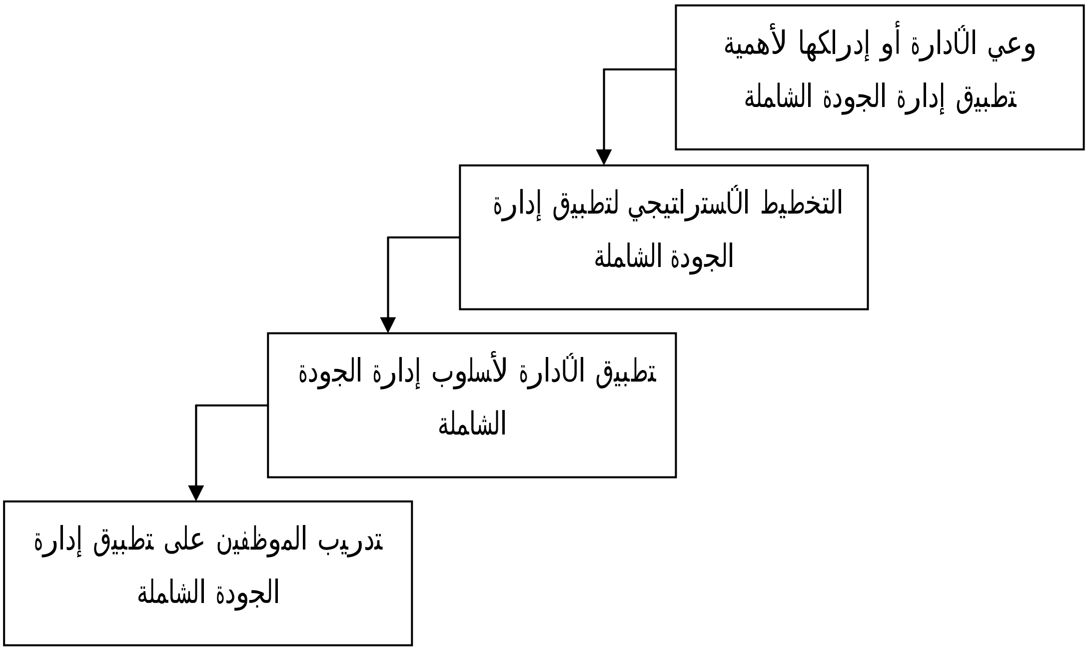
ويتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة إدخال بعض المفاهيم العملية مثل:
- التركيز على تحسين العمليات؛ حيث لم يكن القطاع الصحي سابقا يهتم بمشكلة تكلفة تقديم الخدمة.
- إشراك وتفويض السلطة للموظفين لصنع القرارات.
- المداومة على استطلاع آراء المستفيدين من الخدمة والعاملين بشأن تحديد دواعي جودة الخدمة.
- التحول من الطرق الفردية لأداء العمل إلى الطرق الجماعية.
- الحاجة إلى نظام تعليمي وتدريب مناسب على مهارات حل المشكلات وديناميكية الجماعة وتطوير الموظفين.
- مراجعة نظام تقديم الخدمات وخاصة السياسات والإجراءات ومتابعة أشكال سوء التعامل مع المستفيد.
- وضع معايير للخدمة من خلال الاستعانة بآراء المستفيدين مع مراعاة العمل على تحسين الأداء باستمرار.
- ربط المصلحة الشخصية للفرد العامل وفي كل المستويات بمصلحة المؤسسة.
- تطوير الخطط اللازمة لتحسين جودة الخدمة، وجعلها موضع التنفيذ.

يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية قيادة شديدة وتوجيها قويا من قمة التنظيم لتبنيه، ووضع خطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحله وعلى جميع المستويات التنظيمية، وهذا يحتاج إلى دمج مسار سلوك تطبيقه مع سلوك أسلوب طريقة الشلال حتى يتم انسيابه في كامل المؤسسة الصحية، وقد تم تحديد أربع خطوات رئيسية لتطبيق هذا الأسلوب في المؤسسات الصحية:[1]

1. الوعي الإداري بأهمية أسلوب الجودة الشاملة والحرص الشخصي على الالتزام بتطبيقه.
2. التخطيط الإستراتيجي لتطبيقه وإشراك الموظفين في عملية التخطيط.
3. التطبيق الإداري لهذا الأسلوب بتكامل الجوانب التحليلية والسلوكية لعناصر تطبيقه.
4. تدريب الموظفين على كيفية تطبيقه.

ونوضح هذه الخطوات في الشكل التالي:

الشكل رقم(11): خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية



المصدر: هيوكو ج، مرجع سابق، ص54.

وينبغي أن يتم التعامل مع إسهامات الأطباء المشتركين في تطبيق هذا المنهج بطريقة مختلفة عن باقي الموظفين في المؤسسة الصحية للخصوصية التي يتميزون بها، كدورهم في قيادة الأنشطة

[1] هيوكو ج، مرجع سابق، ص ص 61-62.

السريرية وفي أعمال المراجعة الطبية، أي مراجعة إجراءات التشخيص والعلاج، تدريبهم وخبرتهم في تقديم الخدمات الصحية، أهميتهم كصانعي أو مكوني الرأي الرئيسي في الخدمة.

دون إهمال دور وكالات الشراء(مؤسسات الضمان) في مساهمتها في تطوير أسلوب إدارة الجودة الشاملة، عن طريق تخصيصها مثلا جزء من التمويل لأعمال الجودة.

III-2- إستراتيجية الجودة الشاملة: يتم وضع إستراتيجية لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية متكيفة مع الخصائص والثقافة السائدة فيها، ومن أهم المكونات التي تتضمنها:

1. **مقدمة للجودة**: وضع تصور عام.

2. **الخطوط العريضة لإدارة الجودة الشاملة:**
- ثقافة الجودة والرؤية حول أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- التزام الإدارة والهيئة الطبية وباقي الموظفين بالجودة.
- فرق العمل وتفويض الصلاحيات اللازمة.
- نظم تحسين الجودة وأدواتها وتقنياتها.
- توجيه المرضى وباقي زبائن المؤسسة الصحية.

3. **آلية إدارة الجودة الشاملة بالعمليات الإدارية الأخرى:**
- المؤشرات الإدارية.
- المراجعة الطبية.
- تخطيط الأعمال.
- التعاقد.
- حقوق المرضى.

4. **وصف مختصر للمكونات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة:**
- إستراتيجية الاتصالات.
- الاتصالات بين المرضى والموظفين.
- وضع المقاييس ومراقبة الأعمال ومراجعتها.
- تكاليف الجودة.
- استخدام المعلومات.
- التدريب على الجودة.

5. مسؤوليات التطبيق:

- جميع الموظفين.
- الأشخاص الرئيسيين.
- دور اللجنة التنفيذية الموجهة لأعمال إدارة الجودة الشاملة.
- دور أعضاء الهيئتين الطبية والتمريضية.

6. تطبيق البرنامج خلال الفترة الممتدة بين ستة شهور إلى اثني عشر شهرا:

- الأهداف التفصيلية.
- المسؤوليات.
- البرنامج الزمني.

ومن مهام أقسام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية:

- إعداد تقارير عن عمليات التقويم السنوي لإدارة المؤسسة الصحية.
- إعداد التقرير الشهري وتقديمه للجنة التنفيذية بالمؤسسة الصحية.
- تقديم المعاونة الفنية للخدمات المساندة من أجل تنسيق نشاطات إدارة الجودة بين الإدارات والأقسام.
- تقديم المشورة بخصوص تصميم برنامج إدارة جودة وصياغة المؤشرات وجمع المعلومات والبيانات وتحليلها.
- مساعدة إدارة الجودة واللجنة التنفيذية وإدارة المؤسسة الصحية في تنفيذ مهامهم ومسؤولياتهم المتعلقة بنشاطات إدارة الجودة.
- وضع نظام إداري يكفل سرية البيانات وما يتعلق بها من معلومات.

المبحث الرابع: تأثير مسار التغيير في المؤسسة الصحية على جودة الخدمات.

لتقديم خدمات صحية عالية الجودة، ينبغي لإدارة المؤسسات الصحية تخطيط خطواتها المستقبلية، ومعرفة ما لديها من موارد وما يلزمها، وما هي الخدمات المطلوبة... وعليها أن تحدد بوضوح أين تريد أن تحدث تغييرا، وما هي وسائل التغيير الأخرى التي قد تحسن من جودتها.

I- مجالات إدارة التغيير في المؤسسة الصحية ودورها في تحسين الخدمات:

تتبنى المؤسسة الصحية إدارة التغيير في أحد المجالات أو بعضها أو كلها، نتيجة للضغوط التي قد تتعرض لها وبهدف تحسين جودة خدماتها، من بينها:

I-1- في مجال المعلومات: عن طريق القيام ببناء نظام معلومات متطورة في مختلف المجالات الممكنة، والعمل على تطويرها باستمرار، لتقديم معلومات صحيحة ودورية من خلال توفير الكفاءات اللازمة وتحديد نوعية البيانات ومجالاتها والاستفادة منها بشكل سليم، مثل:[1]

- نظام معلومات منطقة خدمة المؤسسة الصحية: للتعرف على البيانات السكانية، والاجتماعية، والاحتياجات الصحية والموارد المتوافرة لمواجهتها، معرفة أسعار الخدمات الصحية، والتخصصات التعليمية المتوافرة...
- نظام فتح الملفات الطبية وتحديد المواعيد، والتخطيط لإجراءات المرضى، ومتابعة إدخالهم وإخراجهم، لتسهيل الإجراءات وزيادة حجم الاستفادة.
- نظام الملفات الطبية المحوسب وترميز إجراءات التشخيص والعلاج، وعمل الفهارس التي تمكن من الرجوع إلى بيانات الملفات الطبية...
- نظام معلومات القوى العاملة وتقدير متوسطات الخدمة وإجمالي الوقت الكلي اللازم لتأدية مختلف الأعمال للاسترشاد به في تقدير أعداد القوى العاملة المطلوبة وسرعة التصرف للحصول عليها.
- نظام لإدارة المواد: لمتابعة تأمين المؤسسة من مختلف المواد والمستلزمات حتى لا يحدث أي تأخير في تقديم الخدمة الصحية.
- نظام معلومات الصيدلة والمعلومات الدوائية: لمعرفة مواعيد صلاحيتها، وفي أي نوع يكمن النقص، وما هي بدائل الأدوية الممكنة...
- نظام محاسبي لانجاز حسابات المرضى والمراجعين وإعداد الفواتير وغيرها، والاستفادة منها في حسابات تكاليف المؤسسة، ووضع تكاليف معيارية تتناسب مع معايير جودة الخدمة المقدمة.

[1] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سابق، ص ص 145-147.

واستخدام نظم معلومات محوسبة ومتطورة بالمؤسسة الصحية له أهمية كبيرة، فمن الناحية الطبية يساعد في تخزين المعلومات الخاصة بالمريض وحالته الصحية ومنذ تلقيه العلاج، وتدوين معلوماته التشخيصية من تحاليل مخبرية أو تقارير أشعة... فيسهل للطبيب المعالج من التعرف على الحالة الصحية لمرضاه، إضافة إلى ما تقوم به أهميته في الناحية الإدارية والمالية وما توفره من وقت وجهد في هذه الأعمال، وهو عنصر هام في سرعة الأداء المطلوبة، فاستخدام التقنيات الحاسوبية في نظم المعلومات يساهم في:[1]

- انخفاض تكلفة الحسابات للخدمة الصحية نتيجة توفير عدد كبير من الأيدي العاملة المكتبية بالإضافة إلى الدقة والسرعة وارتفاع درجة إتاحة المعلومات.
- سهولة برمجة عديد من الأنشطة الصحية.
- سهولة مقارنة بيانات المؤسسة الصحية مع مؤسسات أخرى.
- سهولة تخزين المعلومات بذاكرة الحاسب الآلي.

وتمثل المؤشرات التالية بعض المتغيرات الأساسية في نظام المعلومات الطبية والصحية:

- الاتجاه نحو المستشفى الرقمي الالكتروني.
- الاتصال بالموردين الكترونيا.
- إدارة العمليات مع المرضى الكترونيا.
- إدارة العمليات الطبية بالأجهزة الالكترونية.

ومن أمثلة بعض التطورات المتلاحقة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الخدمات الصحية نجد[2]:

- التعامل الثوري داخل المستشفيات : بمعنى إدارة دورة العمل كاملة بالمستشفى بشكل إلكتروني، بدء من إدخال بيانات المريض عند دخوله لأول مرة عبر نموذج ملء البيانات الالكتروني، ثم وضعه على جدول مواعيد الطبيب المختص الذي يتلقى بدوره هذه المعلومة عبر البريد الالكتروني من الحاسب الشخصي الخاص به، فيقوم بإجراء التشخيص ومناظرة المريض في الموعد المحدد، ولو طلب أشعة ما يقوم النظام باستدعاء المعايير الصحية الخاصة بهذا النوع من الأشعة، والتي تحدد زمن وكيفية وتكلفة إجرائها، ثم يبث هذه المعلومات إلى البرنامج الخاص بتشغيل وحدة الأشعة، ليوضع المريض على قائمة المطلوب إجراء أشعة لهم، كما تبث إلي الجزء الخاص بإدارة المخازن والتوريدات الطبية والمشتريات لضمان وجود المستلزمات الطبية اللازمة للتشخيص،

---

[1] فريد النجار، مرجع سابق، ص406.

[2] جمال محمد غيطاس، *تكنولوجيا المعلومات والمنشآت الصحية المعاصرة*، من موقع http://hosamred.blogspot.com، بتاريخ 2007/09/03.

عندما يصل المريض إلى غرفة الأشعة تكون هذه المعلومات قد فعلت مفعولها إلكترونيا في جميع أنظمة المستشفي إداريا وماليا وطبيا، وأصبحت وحدة الأشعة والمخازن وإدارة المستشفى على علم بها، وقام كل منهم بدوره حيالها، فيتم الفحص بالأشعة، وهنا يتابع النظام معدل الأداء وهل تم وفقا للمعايير الموضوعة أم لا، ويبعث بالنتيجة إلي جميع الجهات المختصة بالمستشفى، وإلى الطبيب المعالج، الذي يستقبل صورة الأشعة على شاشة الحاسب، ويحدث الشيء نفسه مع معمل التحاليل والصيدلية وغيرها، يحدث كل ذلك عبر دورة مستندية إلكترونية خالية من الورق أو أفلام الأشعة.

- البطاقات الصحية الذكية: هي بطاقة صغيرة في حجم بطاقة الائتمان العادية، مثبت بداخلها شريحة إلكترونية متناهية في الصغر تضم حاسبا دقيقا من نوع خاص، مزود بمجموعة من البرامج المتخصصة ذات الوظيفة المحددة، ومزود بوحدة ذاكرة صغيرة لتخزين المعلومات، ويعمل فقط عندما يتم إدخال البطاقة في وحدة خاصة تسمى قارئ البطاقات الذكية، وعند دخول البطاقة يصبح هذا الحاسب والبرامج المحملة عليه في حالة نشطة، فتستقبل المعلومات وتخزنها وتسترجعها وتعدلها، وفي حالة استخدامها طبيا على نطاق واسع يمكن لأي شخص شراؤها فارغة، ثم يقوم متخصصو الرعاية الصحية بتحميل تاريخه الطبي والصحي كاملا عليها، وعند دخوله أي مستشفى بها قارئ للبطاقات الذكية يتعرف الأطباء على الفور على تاريخه الصحي كاملا، مما يساعد دقة وسرعة التشخيص والعلاج ويقلل الأخطاء الطبية ويخفض التكاليف، ونشر أسلوب البطاقات الصحية الذكية يحتاج تغييرا في العديد من المفاهيم والأفكار السائدة بالمؤسسة الصحية، فلابد من وجود قواعد بيانات صحية للمواطنين، ومؤسسات تعمل بنظم المعلومات وغيرها.

- نظم المعلومات الجغرافية ونظام تحديد المواقع العالمي: وهي نظم دخلت في الكثير من التطبيقات المتعلقة بالرعاية الصحية خاصة خدمات الإسعاف والطوارئ، تساعد على رفع كفاءة مراكز الإسعاف والطوارئ في الوصول بسرعة إلى المرضى والمحتاجين، فلو طلب شخص من مركز الإسعاف سيارة لإنقاذ شخص حالته تستوجب الاستعجال، فإن هذا النظام يتيح التعرف على عنوان طالب الخدمة، ومن ثم تحديد مكانه بدقة ثم يستخدم النظام في التعرف على مواقع سيارات الإسعاف لحظة وصول البلاغ، ثم إبلاغ هذه المعلومة لأقرب سيارة إسعاف إلى العنوان المطلوب، لتتوجه السيارة للمكان بمساعدة ملاحية من نظام تحديد المواقع ونظم المعلومات الجغرافية، وطبقا لبعض التقديرات فإن تطبيق هذا النظام يمكن أن يضاعف من سرعة وصول سيارة الإسعاف للمصاب إلى ثلاثة أضعاف.

- تكنولوجيا الطب عن بعد: وهي تكنولوجيا تستخدم حينما يكون هناك مؤسسة صحية بالمكان الذي يوجد به أمهر الأطباء وأكثرهم خبرة وشهرة، وكذلك أحدث طرق التشخيص والعلاج، ومؤسسات فرعية تفتقر إلى هذه الإمكانات المتقدمة بالأماكن البعيدة والنائية أو التجمعات السكانية القليلة، وفي حالة توافر الإمكانيات الفنية اللازمة يمكن عبر خطوط الاتصال المناسبة نقل وتبادل صورة الأشعة

والمعلومات الخاصة بالمرضى من المراكز الفرعية إلى المركز الرئيسي وكذا نقل صورة المريض وصوته إلى الطبيب الذي سيقوم بالتشخيص على بعد مئات الكيلومترات.

- **نظم معلومات التنبؤ داخل المؤسسات الصحية:** وهي نظم تساعد هذا المؤسسات على إيجاد طريقه سهلة وفعالة لتتبع أفراد الطواقم الطبية لتسهيل العثور عليهم بصورة فورية وقت الحاجة، ويتم تطوير بعض النظم والبرامج التي تسمح بتتبع ليس الأشخاص فقط بل الأجهزة والمعدات أيضا، وتساعد هذا النظم علي دراسة فاعلية توزيع الأطباء والممرضين والمعدات بطريقة معينة داخل المستشفى وقت حدوث الطوارئ، وما إذا كان يستوجب تغيير طريقه توزيعهم أم لا.

- **تكنولوجيا تقديم الخدمات الصحية عبر الإنترنت:** تسمح للأطباء والمرضى بالدخول على نظام معلومات المستشفى طبقا لمستوى الصلاحيات الممنوحة لكل منهم للقيام بالعديد من المهام عن بعد، فالطبيب مثلا يمكنه الدخول على جدول المواعيد الخاص به ويتعرف على نوعية المرضى الذين سيقوم بالكشف عليهم، ويمكنه تعديل هذا المواعيد إذا اقتضت الحاجة، والمريض يمكنه الحجز لنفسه والحصول على تقديرات مبدئية لتكلفة الخدمة الصحية التي يرغب في الحصول عليها من المستشفى.

I-2- تغيير في جانب الموارد المادية: وتشمل عدة جوانب أهمها:

- وضع خطة تسويقية فعالة لخدمات التشخيص والعلاج بما يؤدي إلى زيادة حجم الاستفادة من الإمكانيات المتاحة، من خلال زيادة تدفق السيولة النقدية اللازمة لتغطية التكاليف وتطوير الخدمات.
- تطوير نظم الاتصالات الداخلية باستخدام أجهزة حديثة لتسريع وتسهيل تقديم الخدمات.
- تطوير أعمال الصيانة للمحافظة على الأجهزة والمعدات الطبية وباقي التجهيزات لإمكانية توفير العلاج المناسب وفي ظروف جيدة للحصول على رضى المريض.
- إجراء بعض التغييرات للاستغلال الأمثل لمبنى المؤسسة الصحية بما يلائم راحة المرضى والزوار.

I-3- تغيير في جانب الموارد البشرية: تتحقق بيئة الجودة أو ثقافتها عندما لا تنفصل أنشطة الجودة عن الأنشطة العادية التي يقوم بها العاملون يوميا، وفي إطار مثل هذا الثقافة يبذل الجميع كل جهد ممكن لضمان استبقاء عمليات ضمان الجودة وتحسينها وممارستها من أجل تحقيق رسالة المؤسسة المعنية ورؤيتها، وتظهر إدارة التغيير هنا في:

- التعليم والتدريب المستمرين لتمكين كل الموظفين من مواكبة التطورات في مجال الخدمات لتقديم خدمة ذات جودة.

- **التزام القيادات**: لا يخفى أن التزام قيادات المؤسسات الصحية بمبادئ الجودة وأسسها هو أمر بالغ الأهمية لدوام التحسين المستمر والمتزايد، فالقيادات هي القدوة في العمل لباقي العاملين في المؤسسة، وهي التي تقدم الدعم اللازم، ومن دون القيادة الفعلية من قبل الأطراف الفاعلة الرئيسية في أي مؤسسة، قد لا يتحقق النجاح في ضمان الجودة وتحسينها، وإن افترضنا تحققه، فقد لا يمكن الحفاظ عليه، والقيادات هي أنسب من يقود جهود ضمان الجودة ومشاريع تحسين الأداء.

ومن دون التزام القيادات يصبح ضمان الجودة وتحسينها نشاطاً يبذل مرة واحدة أو تبعاً لمناسبة، وبعد ذلك تعود الطريقة القديمة في أداء الأعمال، ووفقاً لما يقوله ديمينغ، فإنه "لابد للقيادات من قبول جهود التحسين ودعمها، وإلا تضاءلت إلى حد بعيد إمكانية الحفاظ على الجودة في المؤسسة المعنية"[1]، وينبغي أن يكون أكثر من مجرد التزام شفوي، وأن يشتمل على المشاركة الفعلية في أنشطة التخطيط واتخاذ القرارات، ولابد أن تشارك القيادات في لجان ضمان الجودة وتحسينها، وفي مشاريع التحسين، وتيسير تخصيص الموارد، ضماناً لإنجاز الأغراض المنشودة.

- **زيادة الوعي**: ينبغي للأنشطة المتعلقة بالجودة أن تشتمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع ضمان الجودة وتحسينها في الخدمات الصحية، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهيكليات القائمة...، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين الرئيسيين في البلاد بمفهوم جودة الخدمات الصحية للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره، ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج ضمان الجودة وتحسينها، وتنبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الخدمات الصحية وحفز الطلب على الخدمات الجيدة.

- **العمل الجماعي المشترك بين تخصصات متعددة**: من المبادئ الأساسية أن عناصر نظام الخدمات الصحية يعتمد كل منها على الآخر، ولا يزيد أي عنصر منها أهمية على الباقين فيما يتعلق بتحقيق نتيجة أفضل للمريض، لذا فلابد لجميع العاملين أن يتكاتفوا ويعملوا معاً بروح الفريق لتقوية عملية الاتخاذ الجماعي للقرار، و تسهيل تحسين النتائج.

---

[1] إطلالة الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية: مسؤولية مشتركة، من موقع: http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b.htm، بتاريخ 2007/09/20.

- **المكافأة والتقدير**: يميل الإنسان بطبعه إلى المكافأة والتقدير ويسعى للحصول عليهما، لذا ينبغي لأي مؤسسة تسعى إلى تحقيق الجودة، أن تنشئ نظاماً للمكافأة، وتحسنه من خلال عملية ديناميكية، ومن الضروري فهم دوافع العاملين وسلوكياتهم والعوامل المؤثرة عليها، ودراسة الحوافز التي تؤدي إلى تحسينها، والمواظبة على تقديمها إليهم، سواء كانت هذه الحوافز مادية أو معنوية، مع تنويعها بفهم تطلعات كل من المؤسسة والعامل، بهدف تحسين أداء المؤسسة الصحية وتنمية العاملين وظيفياً.

I-4- إقامة علاقات الشراكة: قد يتطلب تطبيق الجودة وترسيخها وتحسينها، إقامة علاقات شراكة بين مختلف الأطراف المؤثرة فيما يتخذ من قرارات في هذا الشأن، وينبغي لعلاقات الشراكة هذه أن تقوم على أساس برنامج متفق عليه يتم فيه تحديد الأدوار، وقبولها، وممارستها، ويمكن كذلك أن تقوم على هدف مشترك أو منفعة مشتركة تسعى جميع الأطراف إلى تحقيقها.

ويمكن لعلاقات الشراكة أن تقوم داخل المؤسسة الصحية أو خارجها أو فيهما معاً، علماً بأن تدفق المعلومات، والقرارات، والإجراءات داخل المؤسسة الصحية يجعلها قادرة على إقامة علاقات شراكة بين مختلف الإدارات الصحية، كما أن إقامة هذه الشراكة مع الأطراف المعنية كالمستفيدين من الخدمات الصحية، هي علاقات مهمة، لا للمستفيدين فحسب، بل كذلك لسائر الشركاء في تقرير الأولويات والأهداف، كما يمكن إقامتها مع سائر القطاعات التي لها ارتباط بالصحة، كوزارات التعليم، والزراعة، والمجالس البلدية، والمنظمات اللاحكومية، والقطاع الخاص، ويمكن توسيع نطاق الشراكة بحيث يشمل الوكالات الدولية من أجل تنفيذ برنامج صحي وطني ذي أولوية، ونظراً لأن الأولويات الصحية تتغير مع الوقت، فمن المتوقع أيضاً أن يتغير الشركاء بالتبعية.

I-5- الالتزام بالعميل والموظف معاً: لاشك أن العملاء (المرضى) هم سبب وجود مقدمي الخدمات الصحية، ومن الأهداف الرئيسية لتحسين الجودة هي تلبية احتياجات وتطلعات العملاء، الداخليين منهم والخارجيين على السواء، ومن ثم فإن نجاح أي برنامج لتطبيق الجودة وتحسينها يتطلب منه أن يحدد بعناية مراجعي خدماته، وأن يتعرف على احتياجاتهم وتطلعاتهم وأن يجد طرقاً لتلبيتها.

وينبغي في الوقت نفسه معاملة كل موظف معاملة المراجعين؛ إذ ينبغي تدريبه وتنميته باستمرار ليتسنى له تقديم أفضل خدمة ممكنة للمراجعين الخارجيين، وينبغي تزويده بما يحتاج إليه من أدوات وطرائق لاتخاذ القرار المطلوب بنفسه، ودعم جهوده لتلبية احتياجات العملاء وتطلعاتهم، وإن أي جهد يُبذل لتحسين الجودة لا يُعنى فيه بالعاملين هو جهد محكوم عليه بالفشل.

6-I - في جانب الخدمات الفندقية: نظرا لأن التغذية تمثل جانبا هاما من جوانب الرعاية الطبية، وعدم تناول المريض للغذاء المقدم له معناه فشل النظام الغذائي وبالتالي تأخر الشفاء وبقاء المريض مدة أطول بما يزيد تكلفة العلاج، كما أن النظافة عاملا مهما لنجاح العلاج، لذلك من الضروري مراعاة ما يلي:[1]

- توفير إحصائيات التغذية لإعداد الخطط والبرامج الغذائية.
- تزويد المطبخ بما يلزمه من معدات وأجهزة حديثة.
- توفير العدد الكافي من المشرفين على التغذية لضمان وصول الأغذية للمرضى بالمستوى اللائق وبالكمية المقررة.
- استخدام الوسائل الحديثة في عملية توزيع الأغذية على المرضى.
- استخدام الأجهزة الحديثة في عمليات الغسل والتنظيف والرقابة التامة على هذه العمليات وتوفير العاملين المؤهلين للقيام بهذه الأعمال على الوجه الأكمل.

II- تحسين الجودة من خلال معايير التقييم:

بعض المعايير التي تقوم بها المؤسسات الصحية لتقييم جودة خدماتها هي عبارة عن تغييرات تحدثها في الجانب الإداري، أو جانب الموارد البشرية أو الهياكل أو المعدات والوسائل...، ونتائج تلك التغييرات لها أثر على جودة الخدمات التي تقدمها.

1-II - اعتماد المؤسسات الصحية *(L'accréditation)*: مع الزيادة الكمية والنوعية في نشاط تقديم الخدمات الصحية، ووجود القوانين والتشريعات المختلفة، ووجود جهات متعددة تقدم هذه الخدمات سواء أكانت حكومية أم تابعة للقطاع الخاص، فقد صار ضروريا وضع آلية لضمان أن الخدمات الصحية تقدم بشكل متقارب وصحيح وتحقق الغاية المرجوة منها، على اختلاف الجهات التي تقدم تلك الخدمات واختلاف مكان وزمان تقديمها.

وهكذا طوّر نظام الاعتماد ووضعت معايير الرعاية الصحية الجيدة، لكن، ونتيجة للتطور السريع في هذا المجال في السنوات القليلة الماضية تحول مفهوم الاعتماد ليس فقط ليحقق ما ذكر سابقا بل ليركز بشكل كبير على الآتي:[2]

- اعتبار المريض حجر الزاوية فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية (حقوق المريض، تثقيف المريض وعائلته، وتخفيف ألم المريض...).
- دمج نشاطات تحسين الجودة بشكل وثيق مع نظام الاعتماد بحيث أنه إن لم يكن هناك تطابق

---

[1] فريد النجار، مرجع سابق، ص267.

[2] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سابق، ص 284.

فإن أحدهما يتمم الآخر.

- الإدارة، وبشكل خاص إدارة المخاطر بمفهومها الأوسع لتشمل منع حدوث أذى أو تعريض للخطر، ليس لمقدم الخدمة ومتلقيها فحسب بل حتى للأشخاص الزائرين في كل الأماكن وأثناء كل الإجراءات في مكان تقديم الرعاية الصحية، هذا المفهوم يتوسع في بعض الدول المتقدمة ليشمل ثبات المؤسسة الصحية وبقائها في سوق المنافسة والمشاركة بفعالية في المسؤوليات المدنية في البيئة المحيطة.

1. **تعريف الاعتماد:** إن كان الاعتماد يعتبر نوع من التقييم الخارجي إلا أنه أسلوب للتغيير الذي تحدثه المؤسسة الصحية بداخلها والذي يشجعها على تحسين والاهتمام بجودة خدماتها، ولذا تسعى الكثير من الدول لتنفيذ برامج الاعتماد لحث مؤسساتها الصحية على الالتزام بمعايير ثابتة ومستوى أداء ثابت لا يتغير من مكان إلى آخر، ويعرف الاعتماد على أنه "إجراء للتقييم الخارجي في المؤسسة الصحية، المنفذ من طرف مهنيي المؤسسات والهيئات المستقلة، يقيم أعمالها وممارساتها لضمان الأمن والجودة للرعاية المقدمة للمريض وارفع سياسة التطوير داخل المؤسسات الصحية"[1]، فهو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وأن هذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، وإن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.

لكن كثيراً ما يلتبس المقصود بين مصطلحات وآليات الإشهاد، والترخيص، والاعتماد، علماً بأنها تعتبر، بوجه عام، طرقاً للتقييم يؤخذ بها في تقييم الجودة لدى المؤسسات (والأفراد) ومكافأتهم عليها، والفارق بين كلٍّ من هذه المصطلحات الثلاثة يعتمد على مدى صرامة عملية التقييم، وعلى ما إذا كان التقييم شاملاً لجميع جوانب المؤسسة، فيعرف:[2]

- **الإشهاد**: بأنه عملية تقدير الدرجة التي يحقق بها منتوجاً معيناً، أو وحدة معينة، أو شخص مهني معين، الحد الأدنى للمعايير المقررة، وهو يختلف بحسب طبيعة التقييم، حيث يتم "الإشهاد" على الكيان المعني بأنه وكالة خاصة لتقديم خدمة معينة أو نشاط معين، فقد يتم الإشهاد مثلاً على أن مؤسسة معينة هي مؤسسة لتقديم الرعاية لجمهور معين من الناس، أو أنها مرفق تدريبي، كما يمكن لفرد ما اجتياز امتحان معين، فيصبح مجازاً أو "مشهوداً" له بالاختصاص الذي اجتازه، وبعبارة أخرى، فإن الإشهاد يستخدم لغرض معين، وهو يجيز للكيان المجاز (المشهود له)

[1] Ghada El-Khoury, **CERTIFICATION, ACCRÉDITATION QUELLE DIFFÉRENCE?** http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004, le 12/08/2007.

[2] *الإنجازات الراهنة والمستجدة في مجال الجودة وتحسينها*، من موقع: http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b04.htm، بتاريخ 2007/09/20.

لتمكينه من الاشتغال بنشاط معين، باعتبار ما سيكون، علماً بأن الإشهاد، في أغلب الأحوال، لا ينظمه القانون، وعادةً ما يكون طوعياً، كما أن لتجديده حداً زمنياً، غير أن تجديده يكاد يتم تلقائياً مادامت المؤسسة المعنية تواظب على دفع ما عليها من مستحقات، ومادامت حسنة السمعة.

- **الترخيص :** يعنى بمختلف الكيانات، والأفراد، والمنظمات أو الفئات، ويمكن تعريفه بأنه عملية تقدير مدى وفاء مرفق ما، أو مؤسسة ما، أو مهني ما، بالحد الأدنى من المتطلبات، علماً بأن الترخيص هو الآخر عملية طوعية قبلية، أي تعنى بما سيكون، وعلى خلاف الإشهاد، فإن الترخيص يكون، في العادة نشاطاً ترعاه الحكومة، مهمته ضبط ممارسة أي مهنة أو عمل قد ينطوي على خطر لمتلقيه أوالمستفيد منه، ويعطى الكيان المرخص له هذا الامتياز(الترخيص) حتى يتسنى له مزاولة نشاط معين، ومن الأمثلة الواضحة على ذلك، الطبيب، فقد لا يستطيع مزاولة مهنته من دون رخصة صحيحة، والترخيص بطوره محدود المدة، إذ يجري عادةً تجديده، وقد لا يتطلب تجديده سوى دفع المستحقات، وأن يكون طالب الترخيص حسن السمعة في مجتمعه.

ويعتبر الاعتماد حالياً الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان لضمان جودة الخدمات الصحية، وللقيام في كثير من الحالات بتوزيع الموارد المالية على المؤسسات الصحية، وتتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوى من مستويات الخدمات، أو أي ممارسة أو طريقة مثلى، يحددها الخبراء والمنظمات المهنية أو أي منهما، ولا بد لجميع الخدمات المطلوب اعتمادها في المؤسسة الصحية أن تفي بالمعايير الأساسية.

والاعتماد كذلك عملية تطبق في المقام الأول على المؤسسات لا على الأفراد، أوالإدارات، أو الوحدات، وهو عملية تقييمية صارمة وشاملة تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة النظام والعمليات الرئيسية التي تتألف منها المؤسسات الصحية، وتقييم الخدمات التي تقدمها، والمؤسسات تطلب الاعتماد لأسباب مختلفة، غير أنها تطلبه غالباً، سعياً منها إلى الحصول على رضى المستهلك، وحرصاً منها على سمعتها المهنية، وتكمن قيمة الاعتماد في التقييم الذاتي الداخلي الذي تقوم به المؤسسة استعداداً للزيارة الاستقصائية لموقع العمل، ومتى تم اعتماد المؤسسة، توجب عليها أن تواظب على الامتثال للمعايير المطلوبة طوال دورة الاعتماد.

2. **أهداف إجراء الاعتماد**: الهدف الرئيسي للاعتماد هو نشر معايير الأداء الجيد للمؤسسات الصحية، وتطبيقها لضمان الحصول على الخدمة الصحية بشكلها الأمثل؛ ومن جهة أخرى ضمان التزام المؤسسات الصحية بوضع الإجراءات الضرورية للحفاظ على مستوى الأداء المحدد من قبل المؤسسة المانحة للاعتماد ووضع خطة للتطوير المستمر طبياً وإدارياً.

كما يهدف إلى:[1]

- تقدير(تثمين) وتحسين الجودة وضمان الرعاية حسب التوقعات الرئيسية للمرضى اتجاه النظام الصحي، عن طريق الوقاية من المخاطر باحترام القواعد الأمنية، واحترام الممارسة الجيدة، واستخدام نظام التقييم والتحسين المرتكز على كشف الأخطاء وأفعال الوقاية.
- تقدير إمكانية المؤسسة الصحية على التحسين بطريقة مستمرة لجودة خدماتها والتكفل الشامل بالمرضى بفضل تحسين العمليات، تخفيض الأخطاء وإشراك الأفراد باستخدام نظام معترف به لتسيير الجودة.
- صياغة التوصيات الواضحة(الصريحة): الاعتماد يساعد المؤسسات الصحية على تشخيص وضعيتها بمعايير خاصة ومثبتة من طرف مؤسسات الاعتماد.
- إشراك المهنيين في جميع مراحل أسلوب الجودة حتى يتقبلوا ويتبنوا التغيير الذي سيحدث.
- المعرفة الخارجية لجودة الخدمات في المؤسسات الصحية.
- التحسين المستمر لثقة الجمهور.
- انتشار إجراء الاعتماد.

3.النموذج الفرنسي للاعتماد: هناك عدة دول تطبق نظام الاعتماد منها الولايات المتحدة، فرنسا، إسبانيا، إنكلترا، استراليا، وكندا...، وقد يختلف تطبيق هذا النظام حسب اختلاف البيئة المحلية لكل دولة عن غيرها، وقد اخترنا النموذج المعمول به في فرنسا على سبيل المثال لا الحصر.

أ- **تطور إجراء الاعتماد:** لقد تم إنشاء الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي **ANAES** وهي "منظمة خاصة ومستقلة تضمن مراقبة جودة الخدمات الصحية على شكلين: من جهة تضمن تطور تقييم الرعاية والممارسات الوظيفية داخل المؤسسات الصحية العامة والخاصة، ومن جهة أخرى مكلفة بإجراء الاعتماد"[2] أنشئت في فرنسا في1991، تتمثل مهامها في:[3]

- دعم تطوير تقييم الرعاية والممارسات المهنية في المؤسسات الصحية.
- تطبيق إجراء الاعتماد للمؤسسات الصحية العامة والخاصة الفرنسية.
- إعطاء رأي علمي وتقني مستقل عن قائمة الأعمال والخدمات والإمدادات المدفوعة من طرف التأمين الطبي.
- تشترك مع المهنيين في وضع ونشر طرق ضرورية لتقييم الرعاية والممارسات المهنية.
- وضع وتثبيت(المصادقة على) توصيات ومرجعيات طبية تخص الوقاية والتشخيص والعلاج.

[1]Florence Douguet, Jorge Munoz, Op.cit, p 49.
[2]Florence Douguet, Ibidem.
[3]Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, ***La Démarche Qualité en Médecine***, Module "Apprentissage de l'exercice médical", Faculté de Médecine de Rennes, France, Février 2004.

- تحقيق وتثبيت دراسات التقييم التكنولوجية والاقتصادية.
- اقتراح جميع المقاييس المتعلقة بتطوير التقييم خاصة فيما يتعلق بتكوين المهنيين في الصحة.
- نشر أعمالها ودعم استخدامها.

وتظهر الخطوات المقترحة لإجراء الاعتماد حسب ANAES في الشكل التالي:

الشكل رقم(12): خطوات إجراء الاعتماد

دخول المؤسسة الصحية في إجراء الاعتماد

↓

تطبيق مراجعة داخلية من قبل المؤسسة الصحية

↓

زيارة الخبراء للمؤسسة وتحرير تقرير

↓

تعاليق المسؤولين من طرف المؤسسة الصحية في تقرير الخبراء

↓

- **دراسة تقرير الخبراء وتعاليق المسؤولين المؤسسة**
- **إعداد تقرير الاعتماد من طرف مجلس وكالة الاعتماد**

↓

إعداد تقرير وبيان الاعتماد من طرف مدير ANAES

Source : Florence Douguet, Jorge Munoz, Op.cit, p52.

f - **البدء بتطبيق خطوات الاعتماد:** إن ضمان الجودة وبالتالي المعايير، مطروحة ومطلوبة من قبل المؤسسات المانحة للاعتماد:

أولا: على مستوى المستشفى: يتوجب توظيف كل الطاقات في المستشفى، مثل كل المؤسسات الكبيرة التي تسعى للحصول على الاعتماد، ويفترض لذلك التواجد القوي للإدارة العامة لهذه المؤسسة والتوظيف المناسب للإمكانيات وخاصة الإدارية، ويتطلب عادة من المستشفى أن تعمل ولو بشكل ضيق مع الإدارة العامة أو مع فريق العمل المؤلف لهذه المهمة وهذا الفريق أو الإدارة

يتألف من الوظائف والخبرات والهيكليات المختلفة في المستشفى، والمسؤول عن العمل في الجودة يجب أن يكون:

- ذا معرفة تامة بالمستشفى.
- لديه المهارات كي يكون مقبولاً في التعامل مع الآخرين.
- لديه خبرة ومهارة في إنشاء العلاقات مع الآخرين.
- لديه القابلية أو مهيأ لقيادة المشروع.
- لديه التدريب أو الشهادات في مجال تطوير وتحسين الجودة.
- متفرغ بشكل كامل لهذا العمل.

ثانيا: على مستوى الأقسام: من الممكن تشكيل فريق عمل قيادي في كل قسم من أقسام المستشفى، بالإضافة إلى فريق العمل المركزي في المستشفى.

ثالثا: خبراء التقييم: الخبراء هم مجموعة تضم في غالبيتها الأطباء وذوي المهن الطبية وكذلك الإداريين الصحيين، والذين يصل عددهم إلى 500، وعادة ما يركز هؤلاء الخبراء على:

- أن الاعتماد عبارة عن خطوات ملموسة في المستشفى ككل وفي كل قسم من أقسامه على حدة.
- ما هي الأمور التي تحفز العاملين على تطبيقه؟
- ما هي النشاطات المجدية ونمط المعايير المستخدمة؟
- بأي وسائط سوف يتم وضع النماذج؟
- كيف سيتم التحضير للاعتماد؟

II-2- بعض معايير التقييم الهادفة إلى تحسين الجودة: من بين معايير الجودة الأخرى نجد:[1]

- **قياس الأداء:** سواء كان المعني بالقياس هو مقدم الخدمة أو المستفيد منها أو منظماتها، فكل من هؤلاء يسعى إلى إرضاء الآخر من خلال قياس وتبليغ نتيجة الرعاية، ويشمل قياس الأداء تحديد مؤشرات معينة ثم جمع المعطيات اللازمة لقياس تلك المؤشرات، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب، والطريقة المثلى لهذا القياس لا تزال صعبة الإدراك، إلا أن مختلف المؤسسات قد قامت بإعداد مجموعات من نظم القياس والمؤشرات واستخدمتها.
- **إدارة الانتفاع وترشيد التكاليف:** إن العملية التي تعنيها "إدارة الانتفاع" يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنشطة متميزة، هي: المراجعة القبلية، والمراجعة المتزامنة، والمراجعة البعدية، وتهدف هذه الأنشطة إلى ضبط التكاليف، مع القيام في الوقت نفسه بالتعرف على مدى ملاءمة الرعاية

---

[1] *الإنجازات الراهنة والمستجدة في مجال تقييم الجودة وتحسينها*، من موقع: http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b04.htm، بتاريخ 2007/09/20 .

المقدمة والضرورة الطبية لها، وجودة الرعاية، وتقوم عادة، بأنشطة المراجعة هذه، فرق صحية تستعين بمعايير علمية للمراجعة، ويمكن في ظروف معينة، أن تقوم المؤسسة الصحية المعنية بإعداد كل هذه المعايير أو بعضها محلياً، واعتمادها.

- المراجعة القبلية: يقصد بها تقييم الخدمات قبل إيتائها، وتكون على الأغلب في شكل إشرافها على إدخال المريض إلى المستشفى، قبل أن يتم هذا الادخال، ولابد عند هذا المدخل من مداخل نظام الرعاية الصحية من إعطاء اهتمام كبير لملاءمة مستوى الرعاية المطلوب.
- المراجعة المتزامنة: تعنى بجمع المعلومات حول المنتفع بالخدمات الصحية وتقييم الحالة فيما يتعلق باستمرار تقديم الخدمات التي شهدت عليها مؤسسة الخدمات الصحية، وتطبق على هذه الحالة المعايير والدلائل الارشادية التنظيمية المعتمدة، وتتم مراجعتها قبل الموافقة على استمرار تقديم الخدمات.
- المراجعة البعدية: تتم بعد تقديم الخدمة إلى المنتفع بها، فيتم رصد السجلات الطبية وأنماط المعالجة، تحرياً للاجراءات المكلفة أو التي يفرط في استخدامها، وتهدف هذه المراجعة إلى الحد من حالات معالجة المريض معالجة غير ضرورية أو غير ملائمة، وهذا لا يفيد المريض من الناحية السريرية (الاكلينيكية)، بل يساعد كذلك على ضبط النفقات.

- **إدارة النتائج:** ويقصد بها عملية جمع نتائج العمليات أو الاجراءات الطبية، وتحليلها، وتقييمها، وبثها، من أجل تحسين نتائج الرعاية الصحية من خلال الجهود التعاونية، والغرض الرئيسي من استخدام عملية إدارة النتائج هو الارتقاء بجودة الرعاية التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المريض، وتعتمد أي نتيجة معينة على جميع البنيات (الموارد) والعمليات التي تشترك في تحقيقها، وتحسين الجودة يتطلب مراجعة جميع عوامل النظام والعوائق التي تقوم أمامه، ومواطن قوته، وتقييم كل هذه الجوانب وتحسينها.

وإدارة النتائج هي محور ضمان الجودة وتحسينها، أي إدارة النظام كله بما تكفل تحسين جودة الرعاية التي تقدم إلى المريض، والمبدأ الأساسي لضمان الجودة وتحسينها هو تحاشي الاختلاف، وما تحاول إدارة النتائج عمله هو التعرف على النتائج الجيدة ودراستها، واستبعاد ما يكون في العملية من اختلافات قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة، ومن الأمثلة على النتائج التي يشيع استخدامها، رضى المستفيد من الخدمة، ومعدل وفيات المرضى، وما إلى ذلك.

- **تلافي المخاطر:** تلافي المخاطر عملية منسقة تهدف إلى الحفاظ على أصول المؤسسة، وحماية موظفيها ومقدمي الخدمة فيها، وأعضائها، والغرض الأساسي لتدبير شؤون المخاطر هو تحديد وتقييم العمليات أو الوقوعات التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث خسارة للمؤسسة الصحية، ومتى تم تحديد وانتقاء وتطبيق أفضل طريقة لتلافي المخاطر، يتواصل استخدام هذه الطريقة في أداء العملية، على حين يؤدي رصد النتائج وتعديل الطرائق إلى إحكام دورة تلافي المخاطر.

يمكن تجنب إمكان التعرض للمخاطر قبل حدوث هذا التعرض، وهذا ما يعرف باسم تلافي المخاطر القبلي، وقد يتحقق هذا التلافي وقت حدوثها، وهو ما يعرف باسم تلافي المخاطر المتزامن، وهناك تلافي المخاطر البعدي، والذي يعنى بتقييم تقارير الحوادث والعوارض، ومقابلات ترك العمل، والمسوحات المتعلقة برضى المستخدمين (أصحاب العمل)، والخلاصة، أن تلافي المخاطر يستهدف تحديد السياسات، والإجراءات، والممارسات التي من شأنها تعظيم الاستفادة إلى أقصى حد ممكن، وضمان سير العمليات سيرا سلسا، والحد من فرص وقوع أحداث تكون لها انعكاساتها السلبية على سمعة المؤسسة أو صورتها العامة، أو تؤدي إلى خسارة مالية لها.

III- الخدمات الجديدة:

نظرا للاكتشافات العلمية الحديثة في مجال الطب والتكنولوجيا واشتداد المنافسة بين المؤسسات الصحية(المراكز الطبية والمستشفيات الجامعية والعلاجية...)، تقوم هذه الأخيرة بإجراء تغييرات وتعديلات وإدخال طرق ووسائل جديدة لتقديم خدمات جديدة ذات جودة تتوافق مع هذه المتغيرات، فضلا عن كون هذه الخدمات الجديدة سببا في نموها وبقائها مستمرة في تقديم الخدمات الصحية المختلفة.

وهناك أشكال متعددة للخدمات الجديدة التي تتعامل بها المؤسسة الصحية منها:[1]

1. خدمة جديدة يمكن أن تقوم بمهام وظيفة جديدة كليا.
2. إجراءات تطويرية على خدمة قائمة، كاستخدام مواد جديدة في التحليلات المخبرية تسرع في عملية إظهار النتائج.
3. خدمة يمكن أن تؤدي وظيفة إضافية، مثل تحويل قسم الولادة إلى مركز لتنظيم الأسرة ورعاية الطفل.
4. خدمة من الممكن تقديمها في سوق جديد، مثلا خدمات العلاج الطبيعي الممكن تقديمها في المراكز الرياضية والنوادي والفنادق.
5. خدمات طبية ممكن تخفيض أسعارها لكي تصل إلى مناطق أبعد وإلى عدد أكبر من المرضى.

ويتوقف إدخال هذه الخدمات على عاملين أساسيين:

1- الحاجة الحقيقية للمرضى وأفراد المجتمع إلى تلك الخدمات في السوق المستهدف، وعلى ضوء دراسة الجدوى المتحققة فيه.

---

[1] فوزي مذكور، مرجع سابق، ص 174.

2- الموارد المتاحة لدى المؤسسة سواء كانت مالية أو بشرية أو أجهزة ومعدات فنية تكون قادرة على إنتاج وتسويق هذه الخدمات بشكلها الصحيح والمناسب.

إن إدخال خدمة جديدة إلى برنامج عمل المؤسسة الصحية يدعو المؤسسة الصحية إلى اعتماد إستراتيجية أو أكثر تجاه المنتجات الجديدة، والتي يمكن تحديدها بالآتي:[1]

III-1- تنويع الخدمات: يقصد به إضافة خدمات صحية جديدة إلى الخدمات الحالية التي تقوم المؤسسة بتقديمها، فقد تقوم بتنويع خدماتها عن طريق تصنيفها إلى عدة مستويات من حيث النوعية والسعر لإشباع أكبر جزء ممكن من السوق المستهدف، فمثلا تقوم بتقسيم غرف الإقامة(الخدمات الفندقية) في المستشفى إلى ثلاثة مستويات لتتناسب مع قدرة الدفع لكل فرد يقيم في المستشفى.

ومن الخدمات التي تقوم بها المؤسسات الصحية:

- خدمات التشخيص المتقدمة مثل جهاز C.T scanner، جهاز التصوير الطبقي المحوسب، جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي IRM...
- إضافة أجهزة المختبرات الطبية الحديثة التي تساعد في الحصول على أدق النتائج وبأسرع وقت.
- إدخال خدمة الجراحة السريعة إلى العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ لتخفيف الضغط على أسرة المستشفى الداخلية، بوجود أطباء أكفاء لمعالجة الحالات الطارئة.
- تقديم خدمات الصحة المنزلية للأشخاص الذين يتم إخراجهم من المستشفى والذين هم بحاجة إلى متابعة حالتهم الصحية، أو تقديم برامج صحية للشركات الكبرى لإظهار الثقة للأشخاص الذين يتعاملون مع هذه المؤسسات.
- إضافة خدمات طب التأهيل وإقامة أقسام العلاج الطبيعي.

III-2- تشكيل الخدمات: أي إضافة شكل جديد من الخدمات الصحية على الأشكال الحالية المقدمة، من هذه الأشكال:

- إضافة خدمات الطب النووي إلى خدمات الأشعة التشخيصية لمعالجة بعض الأمراض السرطانية.
- إضافة بعض أنواع الجراحة الدقيقة كجراحة القلب والدماغ إلى الجراحة العامة، بعد دراسة المستلزمات الحقيقية من موارد بشرية ومالية وتكنولوجية في تقديم تلك الخدمات.

[1] فوزي مدكور، مرجع سابق، ص ص 176-178.

III-3- تطوير الخدمات: يرتبط تطوير الخدمات الصحية بأسلوب مواجهة الأمراض والتعامل معها، لذا يتم إضافة مزايا جديدة للخدمات الصحية سواء في الشكل أوالمضمون للخدمة للاستفادة من التكنولوجيا في المجال الصحي، وعلى المؤسسة هنا أن تأخذ بعين الاعتبار المستوى الثقافي للمجتمع ومدى التقبل الاجتماعي لمثل هذا الخدمات.

وتصمم الخدمة بناء على فهم منطق الزبون ومنطق مقدم الخدمة، ويساعد ذلك في زيادة درجة قبول المستهلك للخدمة لأنها صممت بناء على ما يناسبه، ومن الأمثلة على التطوير هو تطوير خدمات التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة في التشخيص، تطوير خدمات التحليلات الطبية باستعمال الأجهزة الحديثة بدلا من التحليل اليدوي...

III-4- تأثير الابتكار على جودة الخدمات الصحية: إن الابتكار الطبي يأخذ مجالا مهما من الابتكارات، ويشير هذا المفهوم إلى إدخال الابتكارات التكنولوجية المادية وغير المادية والعلاجية في مجال تقديم الخدمات الصحية، وتوجد ثلاث مجموعات منه:[1]

1- **ابتكار الطب الحيوي والأدوية الحيوية:** أدوية جديدة، مواد كيميائية، مواد صيدلانية...
2- **الابتكار الطبي المادي:** المتعلق بالمعدات، بمعنى إدخال الأنظمة التقنية للرعاية والتحليل البيولوجي، سواء للسلع المعمرة أو المعدات الصغيرة...
3- **الابتكار الطبي غير المادي:** ما يسمى التكنولوجيا غير المرئية، بمعنى استراتيجيات التشخيص والعلاج...

1- أنواع الابتكارات في مجال الخدمات الصحية: لا تختلف الابتكارات في جانب الخدمات الصحية كثيرا عن باقي المجالات، ويمكن جمع أهمها في:[2]

أ- **الابتكار التنظيمي:** ويقصد به من جهة جميع التجارب لتحديث التنظيم والوظائف للقطاع غير الطبي، كإعادة تنظيم الأقسام الإدارية(إنشاء أقسام جديدة في مجال الصيانة، الفندقة، الإدارة، تنظيم وقت العمل...)، ومن جهة أخرى جميع الممارسات الجديدة وأشكال تنظيم الخدمات الطبية (إنشاء نماذج جديدة للعيادات داخل بعض المؤسسات...).

ب- **الابتكار الإداري:** يشير إلى التقنيات والطرق الجديدة في التسيير، مثل التقنيات الجديدة والإجراءات المحاسبية والمالية، أساليب إدارية جديدة، تطبيق نظم معلومات متطورة...

ت- **الابتكارات العلائقية:** يقصد بها جميع الابتكارات الخاصة بطبيعة العلاقة بين مقدمي الخدمة والزبائن وأهاليهم: تحسين الاستقبال، إنقاص وقت الانتظار، تسيير دخول المرضى...

ث- **الابتكارات الاجتماعية:** تحسين ظروف العمل، تكوين العمال...

[1]Faridah Djellal et autres , Op.cit, p13.
[2]Ibid, p p 40-42.

ت- **الابتكارات في العلاقات الخارجية:** هذا النوع يضع بعين الاعتبار العلاقات الخاصة مع الزبائن، الموردين، السلطات العامة، نقابات العمال والأطباء، المؤسسات الأخرى...، وتأخذ شكل الاندماجات مع المؤسسات الأخرى، مفاوضات للتخفيض في تكاليف مدخلاتها، تأجير بعض مواقعها للمؤتمرات والنشاطات الثقافية...

وقد تم توضيح ثمانية عشر فئة يمسها الابتكار تضم ثلاث مجموعات: مواد الاستخدام الواحد أي تستخدم لمرة واحدة، المعدات والسلع المعمرة والمنشآت، وهذا ما يتضح من الجدول التالي:

الجدول(02): الفئات التي يمسها الابتكار

1-تخدير- إحياء	11-مواد المخابر
2-معدات العلاج وإعادة التأهيل الوظيفي	12-تجهيزات الإقامة والتجهيزات الطبية
3-أجهزة التثبيت والأمساك	13-الإشراف والمراقبة على المرضى
4-معدات طب الأسنان	14-وسائل النقل والوسائل الممكن نقلها
5-تعقيم، نظافة، تطهير	15-التغذية، تحويل السوائل، وسائل الحقن.
6-توزيع الغاز	16-الأجهزة الصغيرة التي تخص الرعاية والحماية والملابس
7-الاكتشافات المهنية	17-الإحلال الوظيفي
9-الحوسبة الطبية	18-تقنيات العمليات
10-مواد للاستعمال الوحيد	

Source: Faridah Djellal et autres, Op.cit, p14.

2-آثار الابتكار على جودة الخدمات الصحية: نقيم آثار الابتكار الطبي من خلال:

1. **الفعالية التقنية:** ترجع أساسا إلى نتائج الابتكار الطبي على انخفاض الوفيات والأمراض أو العاهات، فالفعالية التقنية تتعلق بالابتكارات الطبية أو تستخدمها كأداة.
2. **السلامة والراحة:** هي خصائص الجودة المرتبطة بآثار الابتكارات كإجراء فحوصات سهلة ومريحة، تخفيض الآثار غير المرغوب فيها المحتملة التي قد تؤثر على جودة الخدمات...
3. **سهولة الوصول:** تخص الابتكارات التنظيمية كالاستشفاء في المنزل الذي يسمح بوصول الرعاية وتجنب الاستشفاءات التقليدية، والابتكارات الخاصة بالاتصالات تسهل وصول الخدمات مثل استخدام الإعلام الآلي في تسيير المواعيد، الطب بالاتصال...
4. الابتكارات التكنولوجية تسهم في ظهور خدمات جديدة باستخدام أجهزة أكثر تطورا تختصر في وقت العلاج وتؤدي إلى نتائج أكثر ايجابية، وبالتالي تضمن جودة في مستوى هذه الخدمات.
5. تأثير الابتكار في الخدمات المساعدة، بإيجاد معدات ووسائل أكثر سرعة وأضمن نتيجة...

خلاصة الفصل الثاني:

إن وجود إدارة الجودة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة، وإنما أصبح ضرورة لابد منها، لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة، وفاء لوجودها وأهدافها الإنسانية وسعيا وراء الحصول على المزيد من الرضى لزبائنها دون إهمال الهدف الذي تسعى من أجله أغلب المؤسسات لاسيما الخاصة منها وهو الربح، وإمكانية البقاء والاستمرار وتسويق خدماتها بالشكل الذي يضمن لها تحقيق أهدافها، ولضمان تقديم ذلك ينبغي على المؤسسات الصحية أن تتضمن إدارة للتغيير لما لها من دور كبير على تحسين مستوى الخدمات، ولتكون مستعدة وتحدد بوضوح مجال أو مجالات التغيير الذي سيمكنها من تحقيق الجودة وهذا يعني أنه ينبغي أن يكون لها رؤية واضحة للمستقبل، وأن تبين رسالتها، وتحدد أغراضها، وتصمم الخطط والبنية التنظيمية لعمليات تحسين الجودة، وتقييم التأثير الذي تحدثه إدارة التغيير بداخلها.

الفصل الثالث

مدى تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بمستشفى بشير بن ناصر-بسكرة

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال هذا الفصل إسقاط الدراسة النظرية وتحديد تأثير إدارة التغيير بمستشفى بشير بن ناصر على جودة الخدمات التي يقدمها.

سنتطرق من خلال هذا الفصل بتقديم عام للمؤسسة محل الدراسة، إظهار واقع التغيير الذي حدث في السنوات الأخيرة من خلال عرض وتحليل البيانات التي جمعت من الميدان بعد إبراز الخطوات الإجرائية والمنهجية التي اعتمدت، تحليل وتفسير نتائج المقابلة والاستمارات التي قمنا بتوزيعها، وفي الأخير نحاول تقديم مساهمة بهدف تحسين جودة الخدمات المقدمة بمستشفى بشير بن ناصر، حيث قسمناها إلى أربع مباحث بالشكل التالي:

المبحث الأول: **تقديم مستشفى بشير بن ناصر.**

المبحث الثاني: **واقع إدارة التغيير بمستشفى بشير بن ناصر.**

المبحث الثالث: **تحليل وتفسير نتائج الدراسة الميدانية.**

المبحث الرابع: **مساهمة في وضع تصور لإدارة التغيير في المستشفى محل الدراسة من أجل تحسين جودة الخدمات.**

المبحث الأول: تقديم مستشفى بشير بن ناصر:

نحاول من خلال هذا المبحث التعريف بالمؤسسة محل الدراسة، وقبل هذا نتعرض باختصار إلى التطور التاريخي للمؤسسة الصحية العمومية الجزائرية لمعرفة التغييرات التي مرت بها وأثرها على صحة المواطنين.

I- مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر:

لقد شهدت المؤسسة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، أو عدد العاملين بها، هذه التغيرات كانت عبر مراحل عديدة نوجزها في أربع مراحل أساسية:

1- المرحلة الأولى: تسيير الأزمات الصحية (1962-1974).

2- المرحلة الثانية: مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية(1974-1980).

3- المرحلة الثالثة: السياسة الصحية الجديدة (1980-1995).

4- المرحلة الرابعة: إصلاح المنظومة الصحية(1995-2005).

I-1- تسيير الأزمات الصحية (1962-1974): بعد الاستقلال ورثت الجزائر عن الاستعمار وضعية متأزمة اتسمت بنقص كبير في الموارد المادية والبشرية، وازدادت خطورة الصحية بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين.

كما كانت الجزائر تعاني من الفقر، سوء التغذية وانتشار واسع للأوبئة والأمراض...، والواقع أن الأزمة الصحية التي عرفتها المؤسسة الصحية العمومية كانت أزمة عميقة الجذور نتيجة تراكمات الممارسة الاستعمارية وتحيز المؤسسات الصحية الاستعمارية، التي تميزت باللامساواة في توزيع فرص الصحة بين الفرنسيين والجزائريين، إذ تمثلت أهم المشاكل الصحية عشية الاستقلال في:[1]

- هجرة جماعية للأطباء (2200)طبيب و(2700) ممرض وممرضة.
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك (08)أطباء لكل 100.000ساكن، وكان عدد الصيادلة حوالي(50)صيدلي و(30)طبيب أسنان فقط.
- نقص كبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
- سوء التغذية، سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.
- كانت المرافق الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا ومتمركزا في المناطق والمدن الكبرى.

[1]MOHAMED AMIR, ***l'histoire de la santé en algerie*** , édition OPU, Alger, p205.

هذا الوضعية الصحية الصعبة التي ورثتها الجزائر حتمت عليها القيام بعدة إصلاحات على المنظومة الصحية، ومن أجل مواجهة هذا الوضع استعانت بإطارات من بعض الدول كبلغاريا ورومانيا وروسيا..، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج لتكوينهم وتدريبهم، فالنقص الكبير في الوسائل والمعدات الصحية ورؤوس الأموال خلق روح التعاون بين المؤسسة الصحية الجزائرية وبين الدول المتطورة، لإعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد، وفي هذا الإطار تم صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات تتمثل في:[1]

- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية.
- الاستفادة من مراكز الأمومة والطفولة.
- تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحمى المستنقعات والتراخوما عام 1965.
- التطعيم يكون إجباريا ومجانيا لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) عام 1969، وذلك من خلال القرار 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969.
- الحملة الوطنية للتطعيم بـ BCG وشلل الأطفال 1969-1970.
- إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية.

ومن أهم الإصلاحات في هذا المرحلة نجد انتداب العديد من المسؤولين إلى المستشفيات الجامعية بمختلف ولايات الوطن بموجب القرارات المؤرخة في 26-27 نوفمبر إلى 07 ديسمبر 1965.

وفي 22 فيفري و07 مارس 1965 صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، ومن ضمن هذا القرارات أن هؤلاء المسؤولين يمارسون فترة تدريبية بالمركز الاستشفائي الجامعي، كما تم إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل شخص من هؤلاء المسؤولين، كما تعمل هذا اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وإعداد قائمة الاجتماعات واللوازم والمستشفيات[2].

وفي هذا الفترة من تطور المؤسسة الصحية كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، وكان نظام التسيير مبنيا على لجنتين؛ واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، كما يشترك ممثلو صناديق الضمان

---

[1] MOSTAFA KHIATI, ***quelle santé les algériennes?***, édition Maghreb relation, Alger, 1990, p52.

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الصادرة سنة 1966، ص ص 341-342.

الاجتماعي في اللجنة الإدارية، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بأقل تكلفة، وكان يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة[1].

بالإضافة إلى ما سبق هناك المرسوم 66-73 المؤرخ في 04 أفريل 1966 الذي ألحق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية، وتوسيع الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين، وكذلك مرسوم 69- 96 في جويلية 1969 الذي أقر بإجبارية ومجانية التطعيم الذي وصل حتى الأرياف[2].

ومع بداية السبعينات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1970- 1974 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء والعاملين وكذا عدد المستشفيات والمراكز الصحية والتي ساهمت في التوعية الصحية للمواطنين، وهذا ما يتجلى في الجدول التالي:

جدول رقم(03): المنجزات المحققة في المجال الصحي (1962-1974) في الجزائر

المنجزات / السنوات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	588

المصدر: محمد رضا بالمختار، *نسق العلاج وعقلانية الفاعلين في منظمة*، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1988، ص67.

و ينبغي الإشارة إلى نقطة هامة في السياسة الصحية الجزائرية تتمثل في صدور قانون الطب المجاني سنة 1973، وخلق القطاع الصحي مع بداية تنفيذ الطب المجاني سنة 1974.

I-2- مجانية العلاج (1974-1980): عرفت المؤسسة الصحية في هذه المرحلة عدة تطورات، بتطبيق مجانية العلاج وفقا للمرسوم الصادر في 1973/11/28 حيث عممت هذه السياسة عبر كل القطاعات الصحية، إذ شكلت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات كلفت بالمساعدة على تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، وإعداد البرامج الصحية وشبه الصحية، وبموجب هذا النص اتبعت الجزائر نظام وطني للصحة (système national de santé) يتميز بتكفل الدولة بكل نفقات العلاج في القطاعات الصحية وجسدت مبدأ الصحة حق لكل المواطنين[3].

---

[1] بن لوصيف زين الدين، *تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة*، أبحاث روسيكادا، جامعة سكيكدة، العدد 01 ديسمبر 2003، ص 139.

[2] Ministre de la santé, ***séminaire sur le développement d'un système national de santé***, expérience algérienne, p p7-25.

[3] طلبة إدارة الصحة، الدفعة الثانية والثلاثون، *نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة*، حلقة دراسية، المدرسة الوطنية للإدارة، 1998-1999، ص15.

واهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية، من خلال إثرائها في مشروع الميثاق الوطني سنة 1976، إذ تتكفل الدولة بضمان الوقاية لتحسين صحة السكان.

كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية، بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الاجتماعية والمخابر اللازمة، خاصة في المناطق النائية وتدعيم البنية التحتية وتلاحم الهياكل الإدارية بحكم التزايد المستمر للسكان، إصلاح السلك الطبي والشبه الطبي، إعطاء الأولوية للمناطق التي تعاني من نقص في التأطير الطبي، وتطوير وقاية الأم والطفل، المراقبة الطبية المستمرة بطريقة تعطي للصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم[1].

وتواصلت التطورات في النظام الصحي الجزائري، حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن، ففي سنة 1976 تجسدت مركزية في العلاج الأمر الذي فسح المجال الواسع لوصول المواطنين إلى الهياكل الصحية القاعدية، إذ تتكفل إدارة المستشفيات بالمخطط الطبي والمادي حتى تتمكن من التنسيق والفعالية مابين الهياكل الصحية، كما أن هذه الفترة شهدت تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين، انعكس ذلك إيجابا على الوضع الصحي بصفة عامة؛ حيث ارتفع أمل الحياة، انخفاض معدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية، عموما فقد شهدت هذه المرحلة زيادة عدد المراكز الصحية، المستشفيات، العيادات متعددة الخدمات والأطباء[2].

والملاحظ أنها تميزت بتراجع الدولة في الإنفاق على الصحة، ففي سنة 1979 كانت الدولة تساهم بـ 61% من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية، في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5%، وتبقى نسبة ضعيفة تغطيها المساهمات الأخرى.

كما تميزت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث أقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، وأصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، إضافة إلى غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي انعكس ذلك على عدم القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي ينبغي أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج[3].

---

[1] الميثاق الوطني1976، ص ص 184-185.

[2] جلال أحمد حسن، ***دراسات في التنمية والتكامل العربي***، مركز دراسات الوحدة العربية، 1982، ص 298.

[3] وزارة الصحة والسكان، ***تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري***، 1990.

وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة فكانت ترتكز على[1]:

- تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع.
- تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).

I-3- السياسة الصحية الجديدة وإصلاح المنظومة الصحية(1980-1995): كانت هذه الفترة عبارة عن تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر، ومن ضمنها السياسة الصحية، حيث نجد أن الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية[2]، إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء، فقد وصل عدد الجزائريين منهم سنة 1982 إلى(7350) طبيب في مقابل(2401) طبيب أجنبي، كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ (2171)، أما عدد الصيادلة فوصل إلى(1093)[3].

والملاحظ أن المنشآت الصحية قد ارتفع عددها في سنة 1982، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): تطور الهياكل الصحية في الجزائر من سنة 1979 إلى غاية 1982

السنوات / المنشآت الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات المتخصصة	183	183	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

Source: ministère de la santé, ***séminaire sur le développement d'un système national de santé***, Op.cit, p273.

وكانت من أهم الاهتمامات في هذه الفترة، العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي أقامتها هناك، واعتمدت في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع.

[1] Ministre de la santé, ***séminaire sur le développement d'un système national de santé***, Op.cit, p 71

[2] نبيلة بوخبزة، ***التخطيط الاجتماعي الصحي في الجزائر***، المجلة الجزائرية للاتصال ، جامعة الجزائر، العدد 16 ، ديسمبر 1997، ص ص 33-94 .

[3] Ministère de la santé, ***séminaire sur le développement d'un système national de santé***, Op.cit, p272.

وفي سنة 1984 عرف قطاع الصحة العمومية تطورا ملحوظا خاصة في مجال المنشآت الصحية والجهاز الطبي، فبلغ عدد الأطباء خلال سنة 1984 حوالي (12082) طبيب و(2880) جراح أسنان و(1197) صيدلي.

كما جاء في سنة 1984 ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية:[1]

- رفع مردودية الهياكل الموجودة، والتي تنشأ فيما بعد.
- دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعية والمستشفيات الكبيرة المتخصصة.
- الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية والتربية الصحية.

وعلى الرغم من محاولة القضاء على الأمراض المنتشرة خلال تلك الفترة والانخفاض المحسوس في نسبة الوفيات، إلا أنه بقي يشكل نسبة مرتفعة عند فئة الأطفال مع بقاء اللامساواة بين المدن، حيث نجد أن المدن الكبيرة كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، تتوفر على أهم وأفضل الخدمات الصحية من خلال توفر المستشفيات الكبيرة المجهزة بالعتاد الطبي والأطباء الأكفاء... مع الاعتماد على الأطباء الأجانب، واستمرار إرسال المرضى للعلاج بالخارج.

وبالنسبة لعدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد شهد ارتفاع كبير كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (05): عدد المؤسسات الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1985 إلى 1989

السنوات / المؤسسات الصحية	1985	1986	1989
عدد المستشفيات	211	238	261
عدد الأسرة	49315	55265	54147
قاعات متعددة الخدمات	319	359	433
مراكز صحية	669	1025	1089
قاعات العلاج	2454	2574	2693

Source: ministère de la santé, ***enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en Algerie***, alger,1985- 1988, p 26.

[1] Ministère de la santé, ***rapport sur l'organisation du système de santé***, Alger, janvier 1999, pp3-4.

وفيما يخص الوحدات الصحية فقد بلغ عددها (264) مستشفى و(4000) وحدة صغيرة زيادة على(2300) وحدة متخصصة في معالجة أمور العمل والتخطيط العائلي، بالإضافة إلى 26 مختبرا في سنة 1990 [1].

وبالنسبة للقوانين التي صدرت في الثمانينات فيمكن ذكر:

صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 1981/09/05 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية، كما تم تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 1986/12/06، فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية، وصدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة1987 نظرا لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذا الفترة بالذات تم فسح المجال أمام القطاع الخاص وتوسعه كمكمل أو كبديل للقطاع العمومي، ويمكن أن نورد أهم المنجزات في مجال الصحة خلال هذا الفترة في[2]:

- بناء المستشفيات وتجهيزها بالمعدات الطبية والجديدة المتطورة.
- تحسين وتطوير برامج الرعاية الصحية باللجوء إلى صندوق الضمان الاجتماعي الذي كان يغطي في هذا الفترة 65% من ميزانية القطاعات الصحية.
- أما في سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر، حيث دعمته ببعض العيادات والمخابر الخاصة، كما استمرت في سياسة الطب المجاني حتى شهر مارس سنة 1995.

ومما سبق نجد أن الجزائر في إطار التعاون مع منظمة اليونسكو سنة 1990 سطرت برنامج يضمن تبني أهداف محددة للفترة الممتدة بين 1991-1995، وهي تخفيض وفيات الأطفال، توزيع ديموغرافي أكثر تساوي بين المناطق فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية[3].

كما تميزت هذا المرحلة باستقلالية المستشفيات الجامعية، حيث أصبحت لها ميزانية خاصة، ومن جهة أخرى ظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة، أي أنها اتسمت بالانفتاح وليبرالية العلاج، وهي السياسة التي تسببت في نزوح الإطارات الطبية وشبه الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص، نظرا للحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدم للعاملين فيه، مما أفقر القطاع العام من إطاراته.

وفي ديسمبر 1990 تم انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية بالجزائر العاصمة، تم من خلاله طرح بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع اقتراح بعض الحلول، وشكلت في إطارها ست لجان[4]:

---

[1] Ministère de la santé, ***enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en algerie***, Alger, 1985-1988, p22.

[2] Ministre de la santé, ***rapport sur l'organisation du système de santé*** , Op.cit, 1999, p16.

[3] نبيلة بوخبزة، ***التغيرات الاجتماعية والصحية في الجزائر***، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع،جامعة الجزائر، 1995، ص61

[4] طلبة إدارة الصحة، مرجع سابق، ص17.

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
- لجنة التكوين.

كما تم عقد حلقة للخبراء من 17 إلى20 ديسمبر بمدينة جانت لتقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية: وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل(CNASAT) وخبراء أجانب، هدفت إلى اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لأجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح ابتداء من جانفي 1991، وعلى إثر ذلك انعقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة حلقة دراسية يومي 16 و17مارس 1991 في المعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر، ومن النقاط التي تناولها تحضير إستراتيجية البدء في تنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة طبقا لتوصيات مؤتمر1990 [1].

I-4- مرحلة مواصلة إصلاح المنظومة الصحية(بعد 1995): وهي مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، فهي إذا مرحلة إصلاح المؤسسة الصحية العمومية تماشيا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشهدها الجزائر حاليا، إذ عرفت المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر في السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا سواء فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها .كما يبينه الجدول التالي :

الجدول رقم (06) تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية جامعية	13	13	13	13	13
قطاعات صحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: وزارة الصحة والسكان

[1] طلبة إدارة الصحة، مرجع سابق، ص 18.

وقد عرف قطاع الصحة بداية من جوان 2002 إضافة تسمية جديدة على الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر، ليتسع أكثر فأكثر مجال عملها، ألا وهي "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات" الغرض منها الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون نمو هذا القطاع الاستراتيجي والحساس، وإيجاد الحلول المناسبة لإنعاشه عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل، بمعنى البحث عن آليات جديدة تسمح بتسيير وتمويل هذه المنشآت الصحية ذاتيا (أي لا مركزية التسيير والتمويل).

وسيتم اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية وتمويلها تعرف بنظام التعاقد، بإعادة النظر في أسلوب التمويل الجزافي، إذ تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية، التكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا.

عموما فإن سياسة الجزائر في الوقت الحاضر تتمثل في النقاط التالية:

- إصلاح المستشفيات، أي ترقية التكفل الطبي والجراحي بالحالات المرضية الثقيلة التي تطلبت في السابق تحويلات إلى الخارج على عاتق ميزانية الدولة وتسببت في نفقات كبيرة للمؤسسة الصحية العمومية.
- إعادة الاعتبار للمؤسسات الخاصة أي العيادات المختصة في مجالات طبية معينة.
- تطوير العلاجات القاعدية.
- تشجيع الصناعة الصيدلانية القاعدية في مشاريع الاستثمار والشراكة.

والملاحظ أنه بالرغم من التطورات والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية الجزائرية، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة.

وتم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وبموجبه سيتم إلغاء أحكام المرسوم الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، وبالتالي تصنف (تتحول) جميع مؤسسات وهياكل القطاع الصحي، إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وسيتم تطبيقه ابتداء من 01 جانفي 2008[1].

رغم التغيرات والتطورات التي شهدتها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية منذ الاستقلال سواء من حيث عدد العاملين أو الهياكل ، إلا أنها تعرف صعوبات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها أو التي تسعى إليها، خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة والانفتاح، ومنافسة القطاع الخاص....

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07-140، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 19 ماي 2007، ص2.

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، مرتبطة أساسا بمشاكل التنظيم والتسيير، وليس نقصا في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية فقط، وأمام هذا الوضع أصبح ضروريا التفكير والمطالبة بالاستقلالية في التسيير كحل للمحافظة على هذه المؤسسات، وإجراء التغييرات المناسبة التي من شأنها تحسين مستوى الخدمات الصحية في ظل كل ما يحدث.

II- تقديم مستشفى بشير بن ناصر:

لقد أولت الدولة الجزائرية منذ استقلالها اهتماما بالغا بحفظ وترقية الصحة العمومية لمواطنيها، وعلى وضع البرامج الكفيلة بتحقيق هذا الهدف، من خلال الأغلفة المالية المهمة المخصصة لقطاع الصحة، وبرامج تطوير وإصلاح الهياكل الصحية.

وتنقسم الهياكل الصحية بالجزائر إلى قسمين: المؤسسات الصحية العمومية (القطاع العام)، والمؤسسات الصحية الخاصة(القطاع الخاص).

تتوزع المؤسسات الصحية العمومية عبر كافة الأقليم الجغرافي للدولة، وتنقسم إلى ثلاثة أنواع هي:

1- المراكز الاستشفائية الجامعية.

2- القطاعات الصحية.

3- المؤسسات الاستشفائية المخصصة.

ويعتبر مستشفى بشير بن ناصر من أحد الهياكل الصحية التابعة للقطاع الصحي بسكرة إلى غاية تطبيق المرسوم القاضي بإلغاء القطاعات الصحية وإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

ويمكن تعريف القطاع الصحي بسكرة أنه "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ويوضع تحت وصاية الوالي"[1] ويعد أكثر قطاعات الولاية نشاطا نظرا لموقعه في مركز الولاية، ولكبر حجم السكان المنتفعين بخدماته، ويقوم بعرض خدماته من خلال مجموعة من الهياكل الصحية، كما يسعى من خلال نشاطاته إلى تحقيق هدفه الرئيسي المتمثل في ضمان عدالة وصول العلاج لجميع المواطنين، وقد أنشئ القطاع الصحي بسكرة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 81-292 المؤرخ في 1981/09/05، يتكفل بالاحتياجات الصحية لسكان سبع بلديات، المقدر بـ 275199 نسمة لسنة 2006، وهذه البلديات هي: بسكرة، القنطرة، لوطاية، جمورة، البرانيس، الحاجب وعين زعطوط.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-466، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997، ص 20.

ويتشكل القطاع الصحي بسكرة من:

- مستشفى بشير بن ناصر ذو اختصاص جراحي به مصلحة لأمراض الكلى و تصفية الدم.
- مستشفى حكيم سعدان ذو اختصاص طبي.
- عيادة أمراض العيون.
- عيادة أمراض النساء والتوليد.
- أربع (04) أربع عيادات متعددة الخدمات.
- سبع (07) مراكز صحية منها واحد موجه لطب العمل.
- 12 مجمع صحي.
- 27 قاعة علاج.

II-1- التعريف بالمستشفى محل الدراسة: يقع مستشفى بشير بن ناصر في منطقة العالية من مدينة بسكرة، ويتربع على مساحة قدرها 34.260م^2، دشن في 13 أفريل 1986، ويختص في تقديم العلاجات الجراحية والاستعجالية المختلفة، وذلك من خلال المصالح الطبية المكونة له.

II-2- المصالح الموجودة بمستشفى بشير بن ناصر: يحتوي المستشفى على عدة مصالح هي:

أ- المصالح الاستشفائية : ويضم ثماني مصالح، أما طاقة الاستيعاب بالنسبة لعدد الأسرة فحسب القرار رقم 30 المؤرخ في 16 جانفي 2005 (انظر الملحق رقم 01)، فإنه يحدد عدد الأسرة النظري بـ268 سريرا، في حين أن العدد الفعلي يبقى أقل (سنوضحه في تطور عدد أسرة المصالح)، ويظهر توزيع الأسرة النظري في الجدول التالي:

الجدول رقم(07): المصالح الاستشفائية بمستشفى بشير بن ناصر

المصلحة	الوحدة	عدد أسرة الوحدة	عدد أسرة المصلحة
الجراحة العامة	رجال	32	60
	نساء	28	
جراحة العظام	رجال	16	32
	نساء	16	
جراحة المسالك البولية	رجال	16	32
	نساء	16	
تصفية الدم	أمراض الكلى	10	28
	تصفية الدم	18	
الاستعجالات الطبية الجراحية	الملاحظة	10	20
	الانعاش	10	
جراحة الأذن والحنجرة	رجال	16	32
	نساء	16	
جراحة الأطفال	/	47	47
العناية المركزة	/	17	17
المجموع		**268**	**268**

المصدر: إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

ب- المصالح التقنية: وتتمثل في:

- جناح العمليات الجراحية.
- الأشعة.
- مخبر التحاليل الطبية.
- مركز حقن الدم.

- الصيدلية.
- الاستعجالات الطبية الجراحية.

I - المصالح العامة:

- الإدارة.
- المغسلة.
- المخزن.
- المطبخ.
- حظيرة السيارات.

II-3- التنظيم الإداري للمستشفى: يدير القطاع الصحي بسكرة ومن ضمنه مستشفى بشير بن ناصر مجلس الإدارة، ويسيره مدير ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

أولا: مجلس الإدارة: يضم:

- ممثل الوالي رئيسا.
- ممثل إدارة المالية.
- ممثل التأمينات الاقتصادية.
- ممثل هيئات الضمان الاجتماعي.
- ممثل المجلس الشعبي البلدي لبلدية مقر المؤسسة.
- ممثل المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه.
- ممثل المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه.
- ممثل جمعيات المنتفعين.
- ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة.
- رئيس المجلس الطبي.

يشارك مدير القطاع الصحي في مداولات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس، ويتداول مجلس الإدارة المواضيع التالية:

- مخطط التنمية القصير والمتوسط المدى.
- مشروع ميزانية المؤسسة.
- الحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري.
- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح.

- البرامج السنوية الخاصة بصيانة البيانات والتجهيزات.
- العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية.
- مشروع جدول الموظفين.
- النظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء وتحويل المنقولات والعقارات وعقود الإيجار.
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها.

ثانيا: المدير: يعين مدير القطاع الصحي بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنهى مهامه بنفس الشكل، وهو المسؤول عن تسيير القطاع الصحي، وبالتالي فهو:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المهنية.
- الآمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة.
- يحضر مشاريع الميزانية التقديرية ويعد حسابات المؤسسة.
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة.
- يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة.
- يضع التقرير السنوي لنشاطات ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
- يمارس سلطة التعيين والتسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة باستثناء الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين.
- يمكنه تفويض إمضائه على مسؤوليته لصالح مساعديه.

ثالثا: المجلس الطبي: يكلف المجلس الطبي بإصدار آراء تقنية فيما يخص:

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.
- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وببناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان.
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
- إنشاء المؤسسات الطبية أوحلها.
- كما يقترح كل الإجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها.

II-4- الهيكل التنظيمي للمستشفى: الهيكل التنظيمي هو مخطط يبين توزيع المهام والمسؤوليات والعلاقات والسلطة داخل المؤسسة، وباعتبار المستشفى جزء من القطاع الصحي فهو يخضع لنفس التنظيم الإداري السابق للقطاع، ونشير إلى أن إدارة القطاع الصحي ببسكرة توجد بمقر مستشفى بشير بن ناصر باعتبار هذا الأخير جزء أساسي من القطاع، وبالتالي فالهيكل التنظيمي للمستشفى يظهر متداخل مع مكونات القطاع الصحي كما يلي:

1- **مكتب المدير:** يقوم بإدارة شؤون القطاع الصحي والعمل على السير الحسن له، ويساعده في ذلك مدراء المديريات الفرعية، ويلحق بمكتب المدير مكتبين هما:

أ- **مكتب الاتصال والتنظيم الإداري:** يتمثل دوره في التنسيق بين مختلف الأقسام للمؤسسة، والإشراف على جميع الاتصالات بين الوحدات التنظيمية.

ب- **مكتب النظام العام:** يقوم بمراقبة ومتابعة سير النظام العام والعمل على تطبيقه وتقييم مدى تناسبه مع الأهداف المرجوة منه.

2- **المديرية الفرعية لإدارة الوسائل:** تكون تحت إدارة مساعد مدير تتكفل بالإشراف على حركة ونشاط المستخدمين من حيث الصلاحية والتأهيل وظروف العمل، ومتابعة المنازعات، إضافة إلى إعداد الميزانية ومتابعة تنفيذها، وتقييم التكاليف الصحية والتكوين، وتتكون من ثلاثة مكاتب هي:

أ- **مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات :** يتكفل بجميع إجراءات تسيير الموارد البشرية وشؤون الموظفين الاجتماعية، وكذا متابعة إجراءات القضايا والمنازعات داخل المؤسسة، سواء مع موظفيها أو مع المتعاملين معها.

ب- **مكتب الميزانية والمحاسبة :** يهتم بتسجيل العمليات المالية والمحاسبية، ومتابعة الوضعية المالية والمحاسبية للقطاع ومصاريفها المختلفة.

ت- **مكتب التكاليف الصحية :** يقوم بمراجعة التكاليف الصحية وتقييم مدى فعاليتها في توفير الخدمات المطلوبة.

3- **المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات :** يترأسها مساعد مدير، يتعلق نشاطها بعمليات تموين وتجهيز القطاع الصحي بكافة اللوازم والمواد الطبية، المكتبية والغذائية، وتضم مكتبين هما:.

أ- **مكتب المصالح الاقتصادية:** يقوم بتأمين الاحتياجات وتسيير المخزونات.

ب- **مكتب الهياكل والتجهيزات :** يتابع تجهيز وصيانة الهياكل، مراقبة المنشآت، ومتابعة المشاريع.

4- **المديرية الفرعية للنشاطات الصحية:** يترأسها مساعد مدير، تتكفل بمتابعة النشاطات الصحية التي تتم على مستوى القطاع، حيث تقوم بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها، وتضم:

أ- **مكتب الدخول :** يقوم بتسجيل حركة المرضى، وتقديم ظرف العلاج.

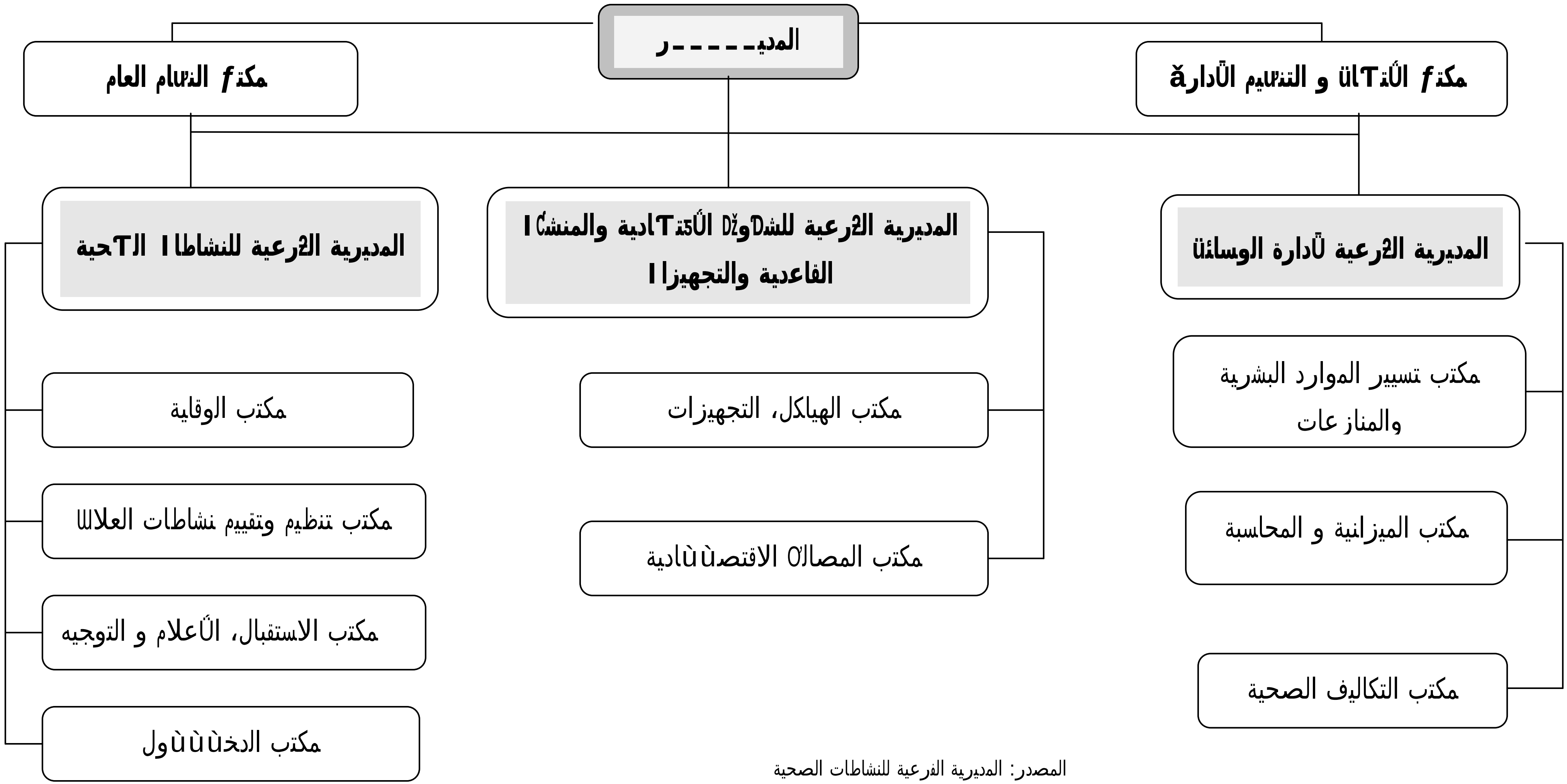
ب- **مكتب تنظيم وتقييم النشاطات العلاجية:** تنحصر وظيفته في برمجة رزنامة النشاطات الصحية وتقييمها.

ت- **مكتب الاستقبال والإعلام والتوجيه:** يقدم التعليمات والمعلومات للمرضى وتوجيههم إلى المصالح العلاجية المعنية.

ث- **مكتب الوقاية :** يتكفل بالنشاطات الصحية الوقائية والإعلام بمختلف الدورات والحملات الوقائية والتلقيح.

والشكل التالي يوضح هذا الهياكل:

الشكل رقم (03): الهيكل التنظيمي لمستشفى بشير بن ناصر.



المصدر: المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

كما يضم مستشفى بشير بن ناصر 558 موظفا تتوزع على مختلف التخصصات والمصالح، وقمنا بجمعها في أربع فئات كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): توزيع موظفي المستشفى حسب الفئات لسنة 2007

الفئة	التخصص	العدد	
أطباء	أخصائيين	21	38
	عامين	17	
شبه طبيين	أعوان تخدير	16	264
	ممرضين	248	
الأسلاك المشتركة	إداريين	47	54
	تقنيين	07	
العمال المهنيين	مهنيين	229	229
المجموع			***585***

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على بيانات المديرية الفرعية لإدارة الوسائل.

المبحث الثاني: واقع إدارة التغيير بمستشفى بشير بن ناصر:

يعتبر مستشفى بشير بن ناصر كأحد الهياكل الصحية العامة يعرف تغييرات في إطار إصلاح المنظومة الصحية التي تقوم بها وزارة الصحة، وفي حدود الصلاحيات الممنوحة لإدارته من أجل رفع جودة الخدمة الصحية والارتقاء بمستوى الصحة، ومن خلال هذا المبحث نحاول إظهار أبرز المجالات التي يمكن أن تحدث تغييرا خلال سنوات معينة من اشتغال هذا المستشفى بعد تحديد منهجية الدراسة.

I- *منهجية الدراسة:*

هناك علاقة وطيدة بين موضوع البحث ومنهجه، إذ أن الموضوع هو الذي يحدد المنهج المناسب له، كما أن المصادر المنهجية تعد ضرورية لتحقيق الترابط بين النظري والميدان.

وحتى نتمكن من الإحاطة بدراستنا وتكون وافية من جميع الجوانب، ينبغي تحديد منهج الدراسة ومجالاتها، مجتمع وعينة الدراسة، الأدوات المستخدمة في جمع المعلومات والوسائل الإحصائية.

I-1- المنهج المستخدم في الدراسـة : إن المنهج العلمي هو الطريق الذي يتبعه الباحث للوصول إلى تعميمات أو نتائج بطريقة علمية دقيقة، وكذلك مجموعة القواعد العامة التي توجه الباحث للوصول إلى الحقيقة العلمية، ومن هذا المنطلق فإن المنهج الوصفي هو الأكثر كفاءة في كشف حقيقة الظاهرة وإبراز خصائصها، ووصفها وصفا دقيقا، والتعبير عنها تعبيرا كيفيا وكميا.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه "مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها، وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالاتها والوصول إلى نتائج وتعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث"[1].

وتماشيا مع أهداف وطبيعة موضوع الدراسة الراهنة، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب دراسة الحالة الذي يعد مناسبا لمثل هذا الدراسات، بغرض وصف إدارة التغيير في المؤسسة الصحية العمومية(مستشفى بشير بن ناصر)، ومستوى الخدمات المقدمة وتحليلها وإبراز التأثير، فهذا المنهج لا يقف عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة فقط، بل يقوم على تحليل الظاهرة وتفسيرها للوصول إلى استنتاجات تسهم في تطوير الواقع وتحسينه.

---

[1] بشير صالح الرشيدي، ***مناهج البحث التربوي رؤية - تطبيقية مبسطة***، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2000، ص59.

I-2- مجال الدراسة: لقد واجه العمل في هذا البحث بعض الحدود وأوجه القصور والتي سيتم تناولها فيما سيأتي بهدف أخذها في الاعتبار فيما يتعلق بتعميم النتائج:

1. **المجال البشري:** اقتصر البحث على العاملين في مستشفى بشير بن ناصر، وعملاء هذا المستشفى.
2. **المجال الجغرافي:** تقتصر الدراسة على مستشفى بشير بن ناصر بمدينة بسكرة.
3. **المجال الموضوعي:** تقتصر الدراسة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى بشير بن ناصر ومدى تأثير إدارة التغيير عليها.
4. **المجال الزمني:** كانت الدراسة الميدانية على مراحل، إذ بدأت من 22 أفريل إلى 24 جوان 2007، ثم استمرت خلال سبتمبر وأكتوبر 2007.

I-3- مجتمع وعينة الدراسة: تشمل الدراسة مجتمعين مختلفين، يتمثل المجتمع الأول في موظفي مستشفى بشير بن ناصر الذي يضم 558 موظفا، لكننا استثنينا فئة المهنيين البالغ عددهم 229 عاملا، لصعوبة فهمهم الأسئلة كون مستواهم التعليمي والتكويني والثقافي ضعيف، ولأنهم غير معنيين بشكل مباشر بالدراسة، لكننا قمنا بإجراء مقابلات مع بعضهم والاستعانة بهم في تفسير وتحليل النتائج، لما لهم من دور مهم في الخدمات المقدمة، وبالتالي يصبح حجم المجتمع 356 مفردة، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب الفئة المهنية ونسبة كل فئة من المجتمع ككل.

الجدول رقم (09): التوزيع التكراري لأفراد مجتمع البحث الأول.

الفئة المهنية	العدد	النسبة إلى المجتمع
الممارسون الطبيون	38	%10.67
المستخدمون شبه الطبيون	264	%74.16
الموظفون الإداريون	47	%13.20
الموظفون التقنيون	07	%1.97
المجمـــوع	***356***	***100***

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية لإدارة الوسائل.

أما المجتمع الثاني فيتمثل في عملاء المستشفى وكافة المستفيدين من خدماتها دون أن نستثني الزوار لأهمية دورهم في تقدير مستوى جودة الخدمة، لكننا قمنا بتوزيع الاستمارة على المرضى المترددين على المستشفى والمقيمين واكتفينا بالملاحظة وبطرح الأسئلة على باقي الأفراد.

ونظرا لكبر حجم المجتمعين فإنه يتعذر القيام بإجراء مسح شامل لجميع أفراد المجتمع لما قد يواجه ذلك من صعوبات تتعلق بالبيانات وإعدادها، لذا فان طريقة العينة تساعدنا لإجراء البحث، وهي "طريقة لجمع البيانات بالاكتفاء بعدد محدود من الحالات أو المفردات في حدود الوقت والجهد والبيانات المتوفرة"[1].

1. **العينة الأولى**: **عينة الموظفين**: نظرا لعدم تجانس مجتمع الدراسة من حيث التخصص الوظيفي، فإننا اخترنا عينة طبقية، وقمنا بتقسيم المجتمع إلى ثلاث طبقات أو مجموعات، وتم اختيار عينة من كل طبقة على حدا:
    1. طبقة الأطباء: تضم 38 مفردة.
    2. طبقة شبه الطبيين: تضم 264 مفردة.
    3. طبقة الإداريين والتقنيين: تضم 54 مفردة.

قمنا باختيار حجم العينة مثلما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (10): يوضح اختيار حجم العينة المناسب

أسلوب البحث	عدد أفراد العينة الدراسية
الدراسات الارتباطية	-30 فرد على الأقل
الدراسات التجريبية	-15 فرد في كل مجموعة من المجموعات التجريبية والضابطة، وكلما زاد عدد أفراد العينة الدراسية كلما كان أكثر صدقا في نتائج الدراسة.
الدراسات الوصفية	- 20%من أفراد مجتمع صغير نسبيا(بضع مئات). - 10% لمجتمع كبير(بضعة آلاف). - 5% لمجتمع كبير جدا(عشرات الآلاف).

المصدر: سامي ملحم، *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2000، ص224.

وبما أن الدراسة وصفية فقد اخترنا نسبة 20% من مجتمع البحث أي 71 مفردة، كما هو موضح في الجدول التالي:

[1] أحمد حلمي جمعة وآخرون، *أساسيات البحث العلمي*، دار الصفاء، عمان، 1999، ص192.

الجدول رقم (11): التوزيع التكراري للعينة الأولى.

الفئة المهنية	العدد	العدد المسحوب لتشكيل العينة
طبقة الأطباء	38	7
طبقة شبه الطبيين	264	53
طبقة الاداريين والتقنيين	54	11
المجمـــوع	***356***	***71***

المصدر: من إعداد الطالبة اعتماد على الجدول رقم(09)

لكن بعد توزيع الاستمارات تم استعادة 69 منها، أي بنسبة 97,18 من مجتمع البحث، وهي نسبة كافية لتعميم الدراسة.

2. **العينة الثانية: عينة المستفيدين من الخدمة الصحية(المرضى):** لقياس جودة الخدمة من وجهة نظر عملاء المستشفى، قمنا باختيار عينة عشوائية بنسبة 20% من متوسط عدد المترددين على مختلف المصالح الموجودة بالمستشفى خلال أسبوع والمقدر بـ162 فردا، وبالتالي يصبح حجم العينة 32 مفردة.

I-4- أدوات جمع البيانات: إن استعمال منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة ومناسبة، تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة، والتي يستطيع بواسطتها معرفة واقع وميدان الدراسة[1].

وبالنسبة لهذه الدراسة فقد استعنا بالأدوات المنهجية التالية:

1- الملاحظة: استخدمنا في بحثنا هذا الملاحظة المباشرة بغرض التأكد من فرضيات الدراسة، وتشخيص وضع المؤسسة محل الدراسة، وكذا الحصول على معلومات لم نتمكن من الحصول عليها من المبحوثين مباشرة، أو لتوضيح عناصر لم يتم التطرق لها بالتفصيل في باقي الأدوات، حيث ركزنا على سلوكات الأفراد في عملهم وكيفية أدائهم لمهامهم كل وفق تخصصه، خاصة الفريق الطبي وشبه الطبي، وكيفية تعاملهم مع المترددين على المستشفى، وأيضا سلوكات المرضى والزوار داخل قاعات الانتظار وفي المصالح الطبية، وملاحظة لمبنى المستشفى ومستوى النظافة... وغيرها من العناصر التي يستطيع الباحث الحصول عليها من خلال ملاحظته المباشرة أو أثناء إجراء المقابلات وتوزيع الاستمارات دون الحاجة إلى التوصل إليها من خلال طرحها في الاستمارات.

[1] ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، ***مناهج وأساليب البحث العلمي – النظرية والتطبيق-***، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 81.

2-المقابلة: تعرف المقابلة بأنها "تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية"[1]، وبهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وموثوق بها، لجأنا إلى الاستعانة بمقابلة مع مدير مستشفى بشير بن ناصر وبعض الإداريين والمهنيين حول التغييرات الحاصلة لمستشفى بشير بن ناصر، وحول مفهومهم للجودة وكيف يساهمون في تقديم الخدمة الصحية، وما هي المشاكل التي يعانون منها والتي تؤثر سلبا على أدائهم، وما هي اقتراحاتهم في إطار تقديم خدمة بجودة عالية، وقمنا بتلخيصها في تحليلنا للمقابلة التي أجريناها في شكل أسئلة وأجوبة كما استعنا بها في تحليلنا للاستبيانات.

3-الاستمارة(الاستبيان): تعد الاستمارة من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات، فهي عبارة عن "مجموعة من الأسئلة التي تعد إعدادا محددا وترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص المختارين لتسجيل إجاباتهم ثم إعادتها ثانيا"[2]، كما قد تتم مباشرة مع المبحوثين خصوصا إذا كانوا أميين.

وقد تم اختيار هذه الأداة باعتبارها من أكثر الأدوات ملاءمة لموضوع البحث، ونظرا لتعدد فئات كل عينة وتباين مستوياتها التعليمية، فإنه تم تخصيص استمارة موحدة لكل الفئات في كل عينة، نظرا لصعوبات تخصيص استمارة لكل فئة على حدا.

اعتمدنا في بعض الأحيان على الاستمارة بالمقابلة، واستغنينا عن الاستمارة الموزعة بهدف الحصول على معلومات دقيقة وصريحة، خاصة لاختلاف الأفراد من حيث المستوى التعليمي ولغة تكوينهم، كذلك تفاديا لعدم فهم أسئلة الاستمارة ارتأينا أن نكون على اتصال مباشرة بالمبحوثين، حتى نضمن الإجابة الدقيقة على أسئلتنا والاتجاهات الصريحة التي تتطلب التحليل والشرح، لذلك صيغت الاستمارة بالفصحى، وطرحت بالدارجة أو بلغة مزدوجة عربية- فرنسية، ليسهل فهمها خاصة لدى الأطباء لكون تكوينهم باللغة الفرنسية.

الاستمارة الأولى:

مرت عملية إنجاز استمارة البحث بمراحل فمن خلال القيام بمراجعة لبعض الدراسات والبحوث ذات العلاقة بالموضوع والجانب النظري للبحث تم التوصل إلى الاستمارة بشكلها المبدئي، تم عرضها على أستاذ في مقياس المنهجية الذي قام بالعديد من التغييرات شملت الشكل والمضمون لتتناسب مع موضوع الدراسة، ثم قدمت إلى الأستاذ المشرف وتم إجراء التعديلات اللازمة، ثم عرضت على أستاذ بقسم علم الاجتماع وقسم العلوم الاقتصادية وعلى بعض المسيرين بالمستشفى بهدف إفادتنا ببعض الملاحظات حول مدى صدقهما وكفاءتهما في قياس متغيرات

---

[1] طلعت إبراهيم لطفي، *أساليب وأدوات البحث الاجتماعي*، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، ص ص 85-86، 1995.

[2] محمد شفيق، *البحث العلمي – الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية*، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001، ص115.

الدراسة وللاطلاع على آرائهم حول لغة ووضوح محتوى الأسئلة، وأخيرا إدخال التعديلات اللازمة، واعتماد الاستبيان في شكله النهائي.

وحاولنا أن تكون الأسئلة واضحة ومحددة وبسيطة وسهلة الفهم، وعمدنا من الإكثار في عددها للإحاطة بجوانب عديدة والتأكد من الإجابات، وقد تم تقسيمها إلى قسمين:

القسم الأول: يتضمن تعريف بموضوع الاستمارة وهدفها، وأسئلة عن المعلومات الشخصية للمبحوث: كالسن، المهنة...

القسم الثاني: شمل الأسئلة الموجهة للموظفين وعددها 27 سؤالا، منها الأسئلة المغلقة التي تتطلب الإجابة بأحد الاختيارات، والأسئلة المفتوحة لمعرفة رأي المبحوث، وقد قسمت إلى أبعاد:

- **البعد الأول:** يهدف إلى قياس مدى معرفة الموظفين بالجودة، وتقييمهم للخدمات المقدمة، وشمل الأسئلة من(01-04).
- **البعد الثاني:** مسؤولية الجودة ودور الموظفين في ذلك، وشمل الأسئلة من(05-08).
- **البعد الثالث:** تحسين الجودة من خلال الأداء، وشمل الأسئلة من(09-14).
- **البعد الرابع:** مدى استخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات، وشمل الأسئلة من(15-16).
- **البعد الخامس:** درجة رضى المرضى بمستوى جودة الخدمات المقدمة، وشمل الأسئلة من (17-20).
- **البعد السادس:** تقييم دور النظام التعاقدي كأسلوب في التغيير على جودة الخدمات الصحية، وشمل الأسئلة من(21-23).
- **البعد السابع:** أثر مقاومة الأفراد للتغيير، وشمل الأسئلة من(24-27).

<u>**الاستمارة الثانية:**</u> وهي استمارة خاصة بقياس الاتجاهات، صممت حسب مقياس ليكارت (likert) الخماسي، وقسمت أيضا إلى قسمين:

القسم الأول: يضم المعلومات الخاصة بالمبحوثين.

القسم الثاني: أردنا الكشف والوصول إلى قياس الجودة من وجهة نظر المستفيدين منها في المؤسسة محل الدراسة، اعتمادا على مقياس مستخدم في دراسات سابقة ويحتوي على خمسة أبعاد رئيسية لجودة الخدمة وهي الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، من خلاله تم استنباط 23 عبارة تعتبر محددا من محددات الجودة[1].

---

[1] بشير عباس محمود العلاق، ***قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر لتحقيق الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية(حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة)***، التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2006، ص 179.

ومقياس ليكرت من أكثر المقاييس استخداما في قياس الاتجاهات، كما يحتوي على عدد معين العبارات التي لها علاقة باتجاهات الأفراد حول ما يتعرضون له من مواقف، ويشتمل الوزن لكل عبارة من خمس درجات تتراوح بين معارض تماما(1) معارض(2)، غير متأكد(3)، موافق(4)، موافق تماما(5)، ويكون للشخص الحرية في التعبير عن رأيه باختيار الدرجة التي تتفق مع اتجاهه، وبعد ذلك يقوم الباحث بإعطاء درجات للإجابات، ثم يتم القيام بالعمليات الحسابية والإحصائية للوصول إلى النتائج.[2]

4-الوثائق: اعتمدنا في دراستنا على تجميع وتحليل المعطيات الواردة في الوثائق المتوفرة لدى مستشفى بشير بن ناصر، بهدف الاستفادة منها واستخدامها في التحليل.

I-5- الوسائل الإحصائية المستعملة: بعد عملية جمع البيانات بالوسائل والأدوات المذكورة سالفا، فإن المعلومات المتوفرة مبهمة إذا لم يتم تحويلها إلى بيانات لها دلالات معرفية وعملية، وعموما فقد اعتمدنا في تحليلنا للبيانات على:

- عرض البيانات في جداول بسيطة.
- استخدمنا في تحليل بيانات البحث الوسائل الإحصائية التالية:

1- **النسب المئوية:** لمعرفة نسبة أفراد العينة الذين اختاروا كل بديل من بدائل أسئلة الاستبيان.

2- **الوسط الحسابي:** يحسب وفق المعادلة التالية[3]: $\overline{X} = \frac{\sum_{i=1}^{n} xi}{n}$

حيث:

$\overline{X}$: الوسط الحسابي.

$\sum_{i=1}^{n} xi$: مجموع قيم المشاهدات.

3- **اختبار كاف مربع:** χ^2 لمعرفة الدلالة الإحصائية للفوارق الظاهرة بين التكرارات، ومن ثم التأكد من تحقق فرضيات البحث أو عدم تحققها.

وللتأكد من صحة الفرضيات المنطلق منها أو عدم صحتها نضع الفرضيات التالية:

- H_0**:** توضح فرضية العدم أن الاختلافات الظاهرة بين التكرارات لا تدل على وجود اتجاه واحد للموظفين بل هناك اتجاهات مختلفة، أي النتائج المتحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية.

---

[2] أحمد اللحلح، مصطفى محمود أبو بكر، ***البحث العلمي***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص 260.

[3] محمد خزار، ***مبادئ الإحصاء***، منشورات جامعة باتنة، الجزائر، 1996، ص51.

- H_1: الاختلافات الناتجة بين التكرارات تدل على وجود اتجاه غالب للموظفين أكثر من الاتجاهات الأخرى، أي النتائج المتحصل عليها لها دلالة إحصائية.

حتى نقبل إحدى الفرضيتين ونرفض الأخرى، نقوم باختبار كاي مربع بالمقارنة بين χ_t^2 و χ_c^2 حيث:

- ❖ χ_t^2 : يمثل القيمة النظرية، وتحدد من خلال الجدول الإحصائي لقيم اختبار كاي مربع(انظر الملحق رقم 02) انطلاقا من مستوى الدلالة α الذي نقبله بـ 5 % ، وعند درجة حرية مساوية لـ n-1، حيث n يمثل عدد البدائل لكل سؤال.
- ❖ χ_c^2 : يمثل القيمة المحسوبة.

حيث نقوم بحساب χ_c^2 وفق العلاقة التالية:[1] $\chi_c^2 = \sum \frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$

- ❖ Fo: عدد التكرارات الفعلية.
- ❖ Fe: عدد التكرارات النظرية(المتوقعة)، وتمثل بمجموع التكرارات على عدد البدائل.

عند مقارنتنا χ_t^2 مع χ_c^2 :

- إذا كان $\chi_t^2 < \chi_c^2$ نرفض H_0 ونقبل H_1، ونقول بأن النتائج المحصل عليها ذات دلالة إحصائية(لم تكن نتيجة الصدفة)، بثقة قدرها 95 % وأن الاختلافات بين التكرارات تدل على وجود اتجاه غالب للموظفين أكثر من الاتجاهات الأخرى.
- إذا كان $\chi_t^2 > \chi_c^2$ نرفض H_1 ونقبل H_0، ونقول بأن النتائج المحصل عليها ذات دلالة إحصائية(كانت نتيجة الصدفة)، وأن الاختلافات بين التكرارات تدل على وجود اتجاهات مختلفة للموظفين.

II- واقع التغيير في مختلف مصالح مستشفى بشير بن ناصر:

سنحاول متابعة واقع التغييرات التي حدثت في مختلف الجوانب والتي من الممكن

II-1- التغيير على مستوى المصالح الطبية:

1- **المصالح الجراحية:** إن مستشفى بشير بن ناصر هو مستشفى جراحي بالدرجة الأولى، يحتوي على مجموعة من المصالح الجراحية، والجدول التالي يوضح التغيير في عدد الأسرة الفعلي في كل مصلحة خلال الفترة الممتدة من سنة 2001 إلى 2007.

[1] عدنان كريم نجم الدين، *سلسلة 250 سؤال وجواب في الإحصاء للاقتصاد والإدارة*، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 2000، ص174.

الجدول رقم(12): تطور عدد الأسرة حسب المصالح:

المصالح	الوحدات	السنوات						
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
الجراحة العامة	رجال ونساء	64	64	64	60	60	60	60
جراحة العظام	رجال ونساء	32	32	32	32	32	32	32
جراحة المسالك البولية	رجال ونساء	32	32	32	32	32	32	32
تصفية الدم	أمراض الكلى	/	/	/	10	10	10	10
	الكلى الاصطناعية	13	13	13	17	18	18	18
الاستعجالات الطبية - الجراحية	الملاحظة	04	04	04	04	04	04	04
جراحة الأذن والحنجرة	رجال ونساء	/	/	/	28	26	26	26
جراحة الأطفال	/	47	47	47	47	47	47	47
العناية المركزة	/	07	07	07	07	07	07	07
المجموع		**199**	**199**	**199**	**237**	**236**	**236**	**236**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات مديرية النشاطات الصحية

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الأسرة شبه ثابت في أغلب المصالح خاصة في مصلحة جراحة العظام والمسالك البولية(32 سريرا في كل مصلحة)، ومصلحة جراحة الأطفال(47سريرا)، الاستعجالات الجراحية(04 أسرة)، أما في مصلحة تصفية الدم فنجد أنه قد تم إضافة وحدة أمراض الكلى سنة 2004 بـ10 أسرة، في حين زاد عدد الأسرة في وحدة الكلى الاصطناعية من 13سرير إلى 17 ثم 18 سريرا إلى 2007، كما تم فتح مصلحة جراحة الأذن والحنجرة سنة 2004 بـ28 سريرا، إذ تم إضافة أربعة أسرة منها من مصلحة الجراحة العامة الذي انخفض إلى 60 سريرا وذلك لعدم الاستغلال الأمثل لها، وبالتالي فإن عدد الأسرة الفعلي للمستشفى ككل قد ارتفع من 199 سريرا سنة 2001 إلى 236 سريرا سنة 2007.

2- جناح العمليات: أما بالنسبة لعدد القاعات في جناح العمليات هو 05 قاعات وبقي هذا العدد ثابتا حتى 2007 وهي موزعة كالتالي:

02 قاعات للجراحة العامة.

01 قاعة لجراحة العظام.

01 قاعة للتعقيم.

01 قاعة لجراحة الأنف والأذن والحنجرة.

3-المخابر: ويحتوي المستشفى على مخبر مركزي يضم 05 مخابر متخصصة في:

1. بيوكيمياء Biochimie
2. علم مكونات الدم Hématologie
3. علم الأمصال Sérologie
4. علم البكتيريا Bactériologie
5. علم الطفيليات Parasitologie

4-الأشعة: قاعة مركزية بها:

02 قاعات التصوير بالأشعة.

01 قاعة الكشف الوظيفي.

II-2- التغيير في جانب الموارد البشرية:

1- تغيير عدد العمال: يضم مستشفى بشير بن ناصر 585 عاملا يتوزعون حسب مختلف التخصصات والمصالح والجدول التالي يوضح تطور عدد العمال خلال الفترة 2001-2007:

الجدول رقم(13): تغيير عدد العمال

السنوات / التخصص		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
طبيب أخصائي		13	12	13	14	12	19	21
طبيب عام		17	17	16	10	12	17	17
شبه طبيين	أعوان إنعاش وتخدير	13	13	14	13	15	16	16
	ممرضين	137	143	146	120	130	247	248
الإداريين		38	38	41	42	44	46	47
التقنيين		3	3	3	5	5	07	07
المهنيين		209	215	221	225	225	225	229
المجموع		**430**	**441**	**454**	**429**	**443**	**577**	**585**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

نلاحظ بأن هناك تغييرا بالزيادة في عدد العمال عموما، وعلى مستوى كل تخصص، إذ ارتفع من 430 عاملا سنة 2001 إلى 585 عاملا سنة 2007، نتيجة لزيادة التوسع في النشاط.

2- **تغيير عدد الأفراد المكونين**: نظرا لتلك الزيادة في عدد العمال كان المستشفى في المقابل يقوم بتكوين الأفراد الجدد أو إعادة تكوين الأفراد القدامى وعلى جميع الفئات بهدف تحسين أدائهم وليكونوا مستعدين لأي تغيير قد يطرأ، ونوضح الأفراد المكونين من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(14): تغير عدد الأفراد المكونين

الأفراد / السنة	2002	2003	2004	2005	2006	2007
أطباء	2	2	2	2	2	2
شبه طبيين	29	29	8	8	4	3
إداريين	3	1	4	3	3	5
المجموع	**34**	**32**	**14**	**13**	**9**	**10**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

نلاحظ أن عدد الأفراد الذين تلقوا تدريبا يتغير من سنة إلى أخرى حسب برنامج الوزارة وحسب احتياجات المستشفى لذلك، وأيضا حسب الميزانية التي تخصص لهذا العنوان، إذ أن تكوين المستخدمين الشبه طبيين يحتل مكانة معتبرة في النظام الصحي، وهو يمثل الوحدة الأساسية في التغطية الصحية في العديد من الميادين (الاستعجالات، الوقاية...)، مما يستلزم تكوين مؤهلين بالكمية اللازمة، إلا أننا نلاحظ ثبات هذا العدد عند الأطباء(طبيبين لكل سنة)، ويتضح التغيير في الميزانية المخصصة للتكوين حسب الجدول التالي:

الجدول رقم(15): تطور الميزانية المخصصة للتكوين.

السنة	2002	2003	2004	2005	2006	2007
المبلغ(دج)	444000,00	1483700,00	519480,00	519480,00	593480,00	570000,00

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للشؤون الاقتصادية

II-3- التغيير في جانب الموارد المالية:

1- عرض الوضعية المالية لمستشفى بشير بن ناصر خلال سنة 2007:

أ- **بالنسبة للإيرادات**: نوضح مختلف مساهمات الإيرادات التي يتحصل عليها مستشفى بشير بن ناصر لتسديد نفقاته ونسبة كل مساهم في الجدول التالي:

الجدول رقم(16): الإيرادات المعتمدة لسنة 2007

العناوين	التعيين	المبلغ(دج)	النسبة
العنوان I	مساهمة الدولة	218700581,00	%67,96
العنوان II	الصندوق و التأمينات الاجتماعية	98215741,00	%30,52
العنوان III	تسديدات الصندوق الوطني للتأمينات بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	2188293,00	%0,68
العنوان IV	موارد أخرى	2703185,00	%0,84
المجموع		**321207800,00**	**%100**

المصدر: المديرية الفرعية للشؤون الاقتصادية

يظهر من الجدول السابق أن مساهمة الدولة لتمويل المستشفى تحتل الصدارة بـ 67,96% أما مساهمة الضمان الاجتماعي فتقدر بـ 30,52%، بينما مساهمة المصادر الأخرى المتمثلة في التأمينات والموارد الأخرى فلا تصل مجتمعة مستوى 2% من إجمالي الإيرادات.

وكانت هذه النسب ثابتة تقريبا وهو ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم(17): اختلاف نسب مساهمات إيرادات المستشفى

السنوات / الإيرادات	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
العنوان I	%67,72	%68,67	%68,67	%68,73	%68,49	%68,47	%67,96
العنوان II	%30,81	%29,37	%29,49	%29,38	%29,96	%30,02	%30,52
العنوان III	%0,95	%0,82	%0,81	%0,84	%0,68	%0,66	%0,68
العنوان IV	%0,52	%1,14	%1,03	%1,05	%0,87	%0,85	%0,84
	100	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على ميزانيات المستشفى

نلاحظ من الجدول أن نسب المساهمات تعتبر شبه ثابتة، وتحتل مساهمة الدولة والضمان الاجتماعي النسبة الأكبر، وهو ما يعكس الدور الكبير لمساهماتهما و الضعف الشديد للمساهمات الذاتية للمستشفى من خلال مواردها الخاصة، مما يعطي صورة صادقة عن أثر التمويل الجزافي أين يغيب دور المستشفى(القطاع) بالمساهمة في إيراداته، ويعفيه من المسؤولية في تحمل الأعباء ليتحول المسؤول إلى مجرد منفق لإيرادات غير خاضعة لموازين اقتصادية كونها تعتمد على الجزاف.

ب- **بالنسبة للنفقات :**

الجدول رقم(18): نفقات المستشفى لسنة 2007

العناوين	التعيين	الاعتماد(دج)	النسبة
العنوان I	نفقات الموظفين	198580000,00	%61.71
العنوان II	نفقات التكوين	570000,00	%0.17
العنوان III	نفقات التغذية	9987000,00	%3.10
العنوان IV	نفقات الأدوية	71230000,00	%22.13
العنوان V	نفقات الأعمال الوقائية	4000000,00	%1.25
العنوان VI	العتاد و الأدوات الطبية	4000000,00	%1.25
العنوان VII	صيانة الهياكل الصحية	3270000,00	%1.01
العنوان VIII	نفقات أخرى للتسيير	26590000,00	%8.27
العنوان IX	الخدمات الاجتماعية	3580800,00	%1.11
العنوان X	نفقات البحث الطبي	/	/
المجموع		**321807800,00**	**%100**

المصدر: المديرية الفرعية للشؤون الاقتصادية

من خلال دراسة المعطيات الواردة في جدول النفقات نقف على الملاحظات التالية:

تمثل نفقات الموظفين النسبة الأكبر من إجمالي النفقات الفعلية بنسبة 61.71%، تليها نفقات الأدوية بنسبة 22.13% . بينما تعد نفقات التكوين هي الأضعف بنسبة 0.17% وهو ما يفسر أن المستشفى يتحمل عبئا كبيرا من النفقات من أجل تغطية تكاليف موظفيه على حساب الخدمات الصحية الفعلية إذ لا تتجاوز نسبة نفقات الأعمال الوقائية النوعية نسبة 1.25%، علما أن معظم الأدوية –التي تحتل نفقاتها المرتبة الثانية – موجهة في أغلبها للأعمال الطبية المتعلقة بالاستشفاء، نفقات البحث الطبي معدومة كون هذا العنوان ليس من اختصاص المستشفى.

2-تطور ميزانية مستشفى بشير بن ناصر:

يوضح الجدول التالي تطور نفقات المستشفى خلال عدد من السنوات:

الجدول رقم(19):تطور ميزانية المستشفى

الوحدة: دج

عنوان التكاليف	2002	2003	2004	2005	2006	2007
I	157600000,00	140119600,00	164000000,00	20840000,00	200000000,00	198580000,00
II	444000,00	1483700,00	519480,00	519480,00	593480,00	570000,00
III	3600000,00	8874000,00	6075000,00	5850000,00	8100000,00	9987000,00
IV	50692850,00	59954050,00	58500000,00	81575000,00	79300000,00	71230000,00
V	195000,00	258180,00	307500,00	210000,00	330000,00	4000000,00
VI	3648000,00	3987200,00	5248000,00	3200000,00	330000,00	4000000,00
VII	1100000,00	1546000,00	1892000,00	1760000,00	3740000,00	3270000,00
VIII	17160000,00	14176980,00	22176000,00	21120000,00	31020000,00	26590000,00
IX	1870000,00	3013080,00	2414000,00	2550000,00	3570000,00	3580800,00
X	--	--	--	--	--	--
المجموع	**236309850,00**	**233412790,00**	**261131980,00**	**137624480,00**	**326983480,00**	**321807800,00**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على ميزانيات المستشفى

من خلال قراءة للمعطيات السابقة نلاحظ أن نفقات المستشفى في تزايد على العموم وبمختلف عناوينها، وهذا نتيجة زيادة نفقات المستشفى نظرا لزيادة الطلب على الخدمات الصحية والإصلاحات التي من شأنها أن تخصص مبالغ هامة لمختلف الهياكل.

II-4- واقع التغيير في نظام المعلومات:

تم في أفريل 2001 تنظيم وأتمتة نظام المعلومات من طرف الوزارة للمساعدة والمساهمة في الإجراءات الإدارية والطبية، وقبل هذا التاريخ فأغلب البرامج المستعملة كانت في حساب الأجور، أما أجهزة الحاسوب فكانت تستخدم للكتابة، وقد تم تطويرا برامج نظام المعلومات عبر مراحل كما يلي:

الجدول رقم(20):برامج المعلومات المستلمة من الوزارة الوصية

التاريخ	اسم البرنامج	المجال
أفريل 2001	Informat	الأفراد، والتجهيزات الخاصة بالإعلام الآلي
نوفمبر 2001	patient	ملفات المرضى، وتقييم الأنشطة الصحية
ديسمبر 2001	PCCISS	الأفراد: المسؤولين عن المتعاقدين مع المستشفى كالضمان الاجتماعي، البلدية...
فيفري 2002	G Public	الأفراد: يخص حساب الممارسين العامين
جويلية 2002	G structure	يخص البنى التنظيمية بالمستشفى

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات مكتب الإعلام الآلي.

وفي انتظار تطوير مشروع INTRANET الذي يسهل عملية الاتصال مباشرة مع الوزارة أو باقي المؤسسات التابعة لها.

أما فيما يخص المبادرات التي قام بها المستشفى محل الدراسة، فقد تم إنشاء شبكة محلية في 2006 للاتصال داخليا ما بين المكاتب وتسهيل نقل المعلومات، ونظرا لصعوبة فهم استخدام بعض البرامج الوزارية من قبل العاملين العاديين قام مسؤول الإعلام الآلي بإصدار دليل يشرح فيه خطوات استخدام برنامج ملفات المرضى(patient) .

كما تم تطوير نظام المعلومات بشراء أنظمة جديدة تظهر أبرزها حسب الجدول التالي:

الجدول رقم(21): برامج المعلومات المشتراة من طرف إدارة المستشفى

التاريخ	اسم البرنامج	المجال
1987	PAIE	الأجور
1997	IPPHARM	الأدوية
2006	BUDGET	الميزانية
2006	Gestion_stock	إدارة المخزون

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات مكتب الإعلام الآلي.

من خلال متابعة مختلف التغييرات بمستشفى بشير بن ناصر نستنتج أنها كانت استجابة للتطورات الحاصلة في المنظومة الصحية ولمتطلبات المجتمع الهادفة إلى الارتقاء بصحة المواطنين، وإن كانت هذه التغييرات غير محسوسة بشكل كبير فإن ما سيعرفه تفكيك القطاع الصحي إلى مؤسسات سيعطي للمستشفى استقلالية أكبر باعتبارها مؤسسة استشفائية عمومية تخضع لإدارة مستقلة.

ومن بين التغييرات الحاصلة في إطار أمن وسلامة المرضى أصدرت وزارة الصحة تعليمات تنظيمية منها:

- الأولى متعلقة بتنظيم الزيارات للمرضى المقيمين في المستشفى وعدم السماح بها عدة مرات في اليوم دون مراعاة الأوقات المعلنة، لأن ذلك يؤثر سلبا على أنشطة العلاج والسير الحسن للمصالح المعنية، كما تشكل مصدر إزعاج للمرضى الخاضعين للاستشفاء، وعليه تم تحديد الزيارات لتقتصر على زيارة يومية واحدة بين 13:30 و 15:00، وخارج هذا التوقيت كل إذن بالزيارة بصفة استثنائية يجب أن يكون موقعا كما يجب احترام القواعد السارية في المستشفى[1].

-الثانية متعلقة بالاهتمام بعملية أنسنة وتحسين ظروف استقبال وإقامة والتكفل اللائق بالمرضى المقيمين بالمستشفى على مستوى الهياكل العمومية للصحة، فقد قامت برفع سعر يوم الإطعام من 110 دج سنة 2005 إلى 150 دج سنة 2006، مما يتكفل أفضل بتغذية المريض، لذا لا يقبل أن يطلب من أولياء المرضى جلب الأفرشة والتكفل بتغذية مرضاهم في حين تخصص سنويا ميزانيات معتبرة ضمن فصل التغذية لأن هذا الممارسات تزيد من تفاقم الأمراض داخل الوسط الاستشفائي في المؤسسات الاستشفائية[2].

ويتم في هذا الإطار:

1- الشروع بشكل عاجل في مراقبة صارمة لكل المصالح الاستشفائية قصد الكشف عن أي تقصير والتكفل بالحاجيات الخاصة بالمفروشات والأغطية.

2- المبادرة في إطار تحسين الخدمات المتعلقة بإطعام المرضى بالعمل قصد تلبية الحاجيات التي تتطلبها التغذية المتوازنة.

III- النمط التعاقدي ودوره في تحسين الجودة: في كثير من الأحيان ترجع أسباب رداءة الخدمات الصحية إلى مجانية العلاج التي قلصت من مسؤولية المستشفى كمؤسسة يتعين عليها بلوغ أهدافها بأقل وسائل ممكنة، حيث لم يعد هناك دافع للتحكم في النفقات والبحث عن كيفية لتحصيل مواردها ما دامت الدولة تضمن التمويل عن طريق الدفع الجزافي، وعلاجا لهذا الظاهرة تم التفكير في النمط التعاقدي كأسلوب جديد للتسيير وبديل في التمويل.

I-1- التعـــريف بالتعـاقــــد: أشار قانون المالية لسنة 1995 أنه: "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب

---

[1] تعليمة وزارية رقم 13 مؤرخة في 21 جانفي 2007، انظر الملحق رقم 03.

[2] تعليمة رقم 03 المؤرخة في 26 مارس 2006 ، انظر الملحق رقم 04.

الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"[1]، من نص هذا المادة نجد أن أطراف التعاقد في هذا الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية هي:

1-الممـــولون: يشمل الجهات التي تقوم بتمويل جزء من نفقات الصحة وذلك بناء على المعطيات والبيانات التي تقدمها الهيئة الاستشفائية صاحبة الخدمة وهم:

أ- **الدولة**: تتمثل وظيفتها في هذا الجانب بالخصوص في تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا حسب ما نصت المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995.

وتقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي التي حددت لها التعليمة الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 (المتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي للولايات) مهمة تعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز، وبعد تحديد المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا تسلم لهم بطاقة المعوز وتمكن هذا البطاقة من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري، حيث تدفع أقساط اشتراكاتهم الجماعات المحلية.

ب- **الضمان الاجتماعي**: نص قانون المالية لسنة 1995 في الفقرة الثانية من المادة 132 على ما يلي: "وتخصص هذا المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنين اجتماعيا"[2]، وحسب ما ورد في المرسوم التنفيذي رقم 04-101، المؤرخ في أول أفريل سنة 2004، الذي يحدد كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، أن هيئات الضمان الاجتماعي تكلف بتحيين البطاقة الوطنية للمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم، يجب عليها أن تضع مصالح استشفائية عيادية موجهة لتسهيل عملية الاعتراف على المؤمن له اجتماعيا وذوي حقوقه بحق الاستفادة من التكفل ويجب أن لا تخل هذا العملية بأي حال بالتكفل العادي بالمريض أو تعرقله أو تعطله، وتخضع الأموال الموجهة لتمويل برامج علاجية نوعية لفائدة المؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم لتقييم دوري تقوم به المصالح

---

[1] الأمر رقم94-03 المتضمن لقانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 87، الصادرة بتاريخ 31 ديسمبر 1994.

[2] نفس المرجع.

المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة والضمان الاجتماعي، كما أن المساهمة السنوية تدفع بأقساط كل ثلاثة أشهر[1].

2- مقدم الخدمة: يتمثل في الهيئات الاستشفائية المقدمة لخدمات العلاج، وحسب ما ورد في المرسوم 04-101، فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر، معلومات تتعلق بالمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين يتم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية، تتعلق هذه المعلومات بـ:

- اسم ولقب المؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم المتكفل بهم، ورقم تسجيلهم في الضمان الاجتماعي.
- مكان الإقامة (الولاية، البلدية).
- تخصص المصلحة الاستشفائية المقدمة للخدمات.
- طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة.
- مدة الإقامة.
- تكلفة الأداءات المقدمة.

3- مستهلك الخدمة: هم المرضى(الزبائن) المستشفون بالمؤسسات الصحية العمومية، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها، ويصنفون إلى ثلاث فئات هم:

- أ- **فئة المحرومين**: وتتكفل بهم الدولة كلية.
- ب- **فئة المؤمنين عليهم**: يقع على عاتقهم تسديد 20% من مصاريف الاستشفاء والباقي تتكفل به مصالح الضمان الاجتماعي.
- ج- **فئة غير المحرومين و غير المؤمنين**: وهؤلاء يتحملون مصاريف استشفائهم كاملة.

ج-2- أهداف النظام التعاقدي: تم التفكير في التعاقد كأسلوب جديد في التسيير وبديل في التمويل تفاديا لبعض المشاكل التي نتجت عن مجانية العلاج كارتفاع الإنفاق، عدم التحكم في التكاليف وتردي الخدمة الصحية المقدمة، ولهذا فالنظام التعاقدي يتمحور حول مجموعة من الأهداف[2]:

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 04-101، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 01 أفريل 2004.

[2] طلبة إدارة الصحة، مرجع سابق، صفحة 35.

1. **التحكم في النفقات** : يتعين على المستشفى تحقيق أفضل الأهداف بأقل الوسائل الممكنة، إذ أن النمط التعاقدي سيمنح المؤسسة الصحية نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف، بما يفرض على مسيري المستشفيات حسن تشخيص التكاليف وعقلانية الإنفاق باستغلال أمثل للموارد المتاحة والمزايا الجديدة التي يمنحها القانون، كالتعاقد مع جهات خارجية فيما يخص خدمات الحراسة أو المغسل أو المطعم...
2. **تحسين الجودة في تقديم الرعاية**: هذا التوجه يفتح مجالات عديدة لحرية المبادرة الخاصة، مما سيخلق منافسة بين القطاع العام والخاص، والتي تدفع بالمسيرين إلى التفكير في كيفية تحسين الخدمات والحصول على رضى العملاء، لأن العميل(المريض) سيصبح شريكا فعليا، ولإرضائه يجب تقديم خدمات ذات جودة، وبالتالي يتعين على المؤسسات العمومية أن تولي اهتماما لـ:

- سلوكيات المجاملة وحسن الاستقبال والتوجيه.
- بذل مجهود في الاتصال مع المرضى وشرح وضعيتهم من أجل إسهامهم في المهمة النبيلة التي تقوم بها المؤسسة الصحية.
- الوصول إلى فعالية العلاج بأقل تكلفة ممكنة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس على الجانب الكمي.
- الاتصال مع المحيط والمجتمع الذي يسيء تقدير الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية وذلك من أجل الإقناع وكسب الثقة.

3. **تسيير عقلاني للموارد البشرية**: في هذا الإطار يجب أن تحدد بالتفصيل مهام كل وظيفة، حيث يمكن على أساسها التقييم فيما بعد، وتأهيل العنصر البشري القادر على التأقلم مع مستجدات هذا النظام والمعارف الحديثة، لذا فالتكوين الجيد وإعادة التكوين ضروريان لعمال المؤسسة الصحية بكل فئاتهم، كما أن هذا النمط يفرض حسن التسيير والتوزيع للكفاءات والطاقات البشرية ليضمن استغلالها التام.
4. **التحكم في بعض المؤشرات الصحية:** خاصة منها:[1]

أ- **تخفيض معدل المرض والوفاة**: دخول مصادر جديدة للتمويل تساهم في جلب إيرادات إضافية، وتبقى مسؤولية الدولة محصورة في الجانب الوقائي مما يزيد من مخصصات الدولة لهذا الجانب الذي يساعد على:

- رفع معدل العمر المتوسط للسكان.

---

[1] طلبة إدارة الصحة، مرجع سابق، صفحة 37.

- تخفيض معدلات الإصابة بالأمراض المتوطنة الأخرى والقضاء على الأمراض الوبائية.
- تخفيض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية مع تعزيز نظام الترصد الوبائي.
- الحد من مخاطر الأمراض غير السارية، وتطوير أساليب تشخيصها وعلاجها وتأهيل المصابين بها بما في ذلك مخاطر التلوث البيئي والحوادث.
- تخفيض معدلات الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع وحديثي الولادة والأطفال دون الخامسة وتخفيض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

ب- **التحكم في المؤشرات الاستشفائية**: مثل معدل الدوران، معدل شغل الأسرة...، لذا يتعين القيام بمراجعة دائمة للاستعمال الفعلي للأسرة داخل المؤسسات الصحية، بحيث يمكن حذف البعض منها عند الاقتضاء من أجل تخفيض أعباء الاعتناء بها، كما يتعين أيضا اقتناء تجهيزات حديثة أكثر فعالية وأعلى سرعة في التشخيص الطبي.

I-3- مجالات التغيير في إطار النظام التعاقدي: إن تبني المؤسسات الصحية لهذا الأسلوب الجديد في التسيير يفرض عليها مجموعة من التغييرات في عدة مجالات وصولا في الأخير إلى الأداء الجيد والجودة بمفهومها الصحي، ومن بين التغييرات الايجابية التي يهدف إليها تطبيق هذا الأسلوب:

1. **رفع كفاءة التشغيل:** يعني ذلك استعداد المؤسسة الصحية للقيام بمهامها من خلال:

أ- **تحقيق مبدأ التدرج في العلاج**: إذ أنه من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني للصحة في الجزائر هو مبدأ تدرج العلاج، انطلاقا من الهياكل غير الاستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الاستشفائية الثقيلة التي لها تخصصات أكثر، ولكي تكون أي هيئة استشفائية ذات مردودية يتعين عليها أن تستغل على الأقل 60% من مواردها، ونعلم أن ذهنية المريض الجزائري تذهب إلى وضع الثقة أكثر في الهيئات الاستشفائية الثقيلة دون غيرها من الهيئات القاعدية وهذا ما يؤدي في الأخير إلى طرح مشكل حقيقي يتلخص في: كيف يمكن أن يكون لمستشفى متخصص له وسائل وموارد ذو مردودية إذا كانت نسبة استغلاله أقل من العتبة اللازمة للتكلم عن المردودية؟

إذن مبدأ تدرج العلاج سوف يطرح نفسه أكثر فأكثر ما يؤدي حتما إلى رد الاعتبار لمكتب الدخول كطرف مهم في توجيه المريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

ب- **تحسين إدارة** المؤسسات الصحية: **(في الجانب الإداري)**: منح الاستقلالية للمؤسسات الصحية من خلال ميزانيات مستقلة وتعزيز الرقابة على مستوى كل منشأة صحية، والاعتماد على تكنولوجيات حديثة التي يمكن من:

- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية وتعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية الصحية نحو المستشفيات بأسلوب يؤكد على تولي المركز الصحي متابعة الحالة بصفة مستمرة.
- مواكبة التطورات الحديثة في إدارة وتشغيل المؤسسات الصحية من الناحية الفنية والإدارية.
- التأكيد على مفاهيم التعليم الطبي المستمر في المؤسسات الصحية.
- الاستفادة من مفاهيم الخدمات الإلكترونية لتيسير تقديم الرعاية الصحية.
- تحسين ظروف الاستقبال والاتصال بالمرضى.

كما أن السياسة التي تعنى بتحسين التسيير وضمان المراقبة والمتابعة للنشاطات الصحية تؤدي إلى:

- تغطية المواطنين بالخدمات الصحية الأساسية مع تمكينهم من الحصول عليها بيسر وسهولة.
- التوزيع العادل للخدمات الصحية.
- توفير الخدمات التشخيصية المتطورة طبقا للمعايير العالمية.
- تطبيق أساليب العلاج الحديث وتيسير الحصول عليها.
- تحسين كفاءة الأطباء وجهاز التمريض وتوفيرها.

ت- **إعداد وتطوير القوى العاملة**: **(في جانب الموارد البشرية)**: إضافة إلى تكفل الدولة بتكوين مهنيين في الصحة وتحمل نفقات التدريب للأطباء والمختصين وإقامة كليات ومعاهد صحية، فإنها تضمن في إطار تكفلها ببرنامج البحث الطبي بـ:

- زيادة نسبة العاملين الصحيين حسب المعدلات والمؤشرات المعدة بواسطة منظمة الصحة العالمية.
- وضع البرامج التدريبية لكافة فئات العاملين الصحيين والتدريب المستمر في المرافق الصحية التابعة للقطاعين الحكومي والخاص.
- التدريب على التخصصات الطبية الدقيقة واكتساب المهارات من التقنية الحديثة والتكوين الخارجي القصير المدى وزيادة عدد المؤهلين.

- زيادة استيعاب كليات الطب والكليات والمعاهد الصحية والمعاهد المتخصصة لسد الاحتياجات المتزايدة من القوى العاملة.

2. **تحسين نوعيـــة ونظـــام الأداء (في مجال تقديم الخدمات):** ويتأتى ذلك من خلال:

أ- **التنسيق والتكامل بين المؤسسات الصحية:** إذ أن التعاقد مع الضمان الاجتماعي يفرض على المؤسسات الصحية الاستجابة لمعايير محددة فيما يخص تقديم الخدمات والأسعار، من خلال مركز الضمان الاجتماعي الموجود على كل مستشفى وهذا يضمن:

- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بالخدمات الصحية.
- وضع سياسة صحية شاملة والتنسيق المشترك بين جميع الجهات التي تقدم الخدمات الصحية.
- تقليص الهدار المتمثل في استخدام المريض لأكثر من منشأة صحية للغرض ذاته.
- تطبيق معايير موحدة للجودة وتقييم الأداء.

ب- **ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف:** إن إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمات يؤدي إلى ترشيد استخدام المنشآت الصحية، وكذلك التسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف، وهذا يؤدي إلى:

- استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية مثل الحسابات الوطنية للصحة وتحليل الإنفاق الصحي.
- مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيع الإنفاق وفقا للأولويات المعتمدة ومتطلبات الخدمة.
- إيجاد نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تلافي تجزئة الخدمة المقدمة للمرضى أو تكرار تقديمها بدون داع.
- التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها وحجم استخدامها.
- الاستفادة من علم اقتصاديات الدواء باعتبارها جزء من اقتصاديات الصحة لتقييم تكاليف الدواء مع إعداد سياسة وطنية للدواء.

المبحث الثالث: تحليل وتفسير نتائج الدراسة الميدانية:

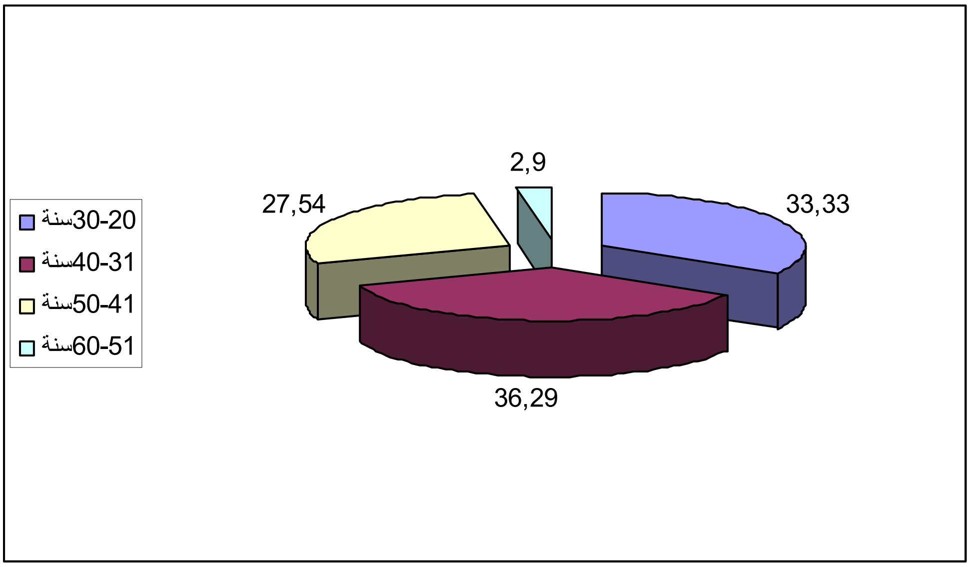
في هذه الدراسة تم انجاز استبيانين، أحدهما وجه لموظفي المستشفى بمختلف فئاتهم(ملحق رقم05)، والثاني للمرضى من مختلف المصالح(ملحق رقم06)، كما تم إجراء مقابلة مع مدير المستشفى عن طريق أسئلة وأجوبة، وسنحاول تحليل وتفسير هذه النتائج فيما يلي:

I- تحليل وتفسير نتائج الاستمارة الموجهة للعمال:

I-1- تحليل البيانات الشخصية لأفراد عينة البحث:

1- **فئات السن:** قمنا بتقسيم الفئات العمرية لموظفي المستشفى إلى أربع فئات، كما هي موضحة بالشكل التالي:

الشكل البياني رقم(14): فئات السن لموظفي المستشفى

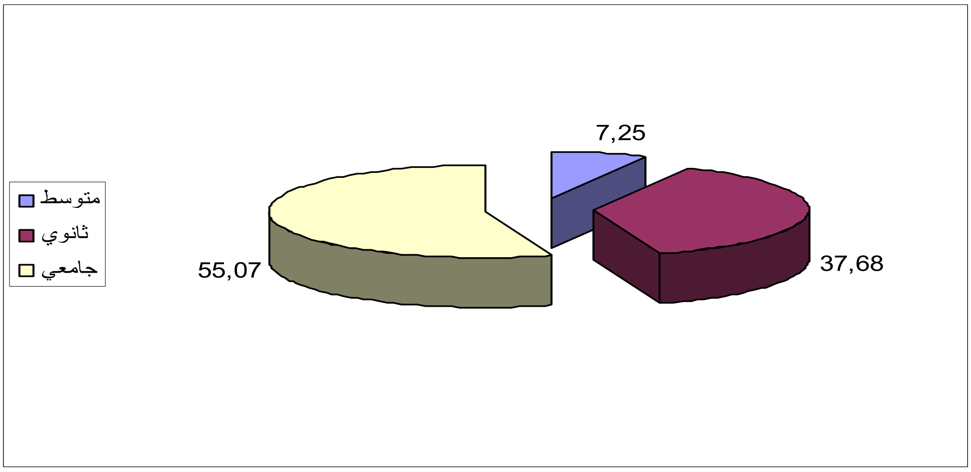


المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الشكل يتضح أن أغلب موظفي المستشفى يتراوح سنهم بين 31 و40 سنة بنسبة 36,23%، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 41 و50 سنة فيمثلون نسبة 27,54%، [illegible] تتراوح أعمارهم بين 31 و50 سنة [illegible] وهذا يعطينا فكرة عن مستوى النضج الذي بلغوه والذي من شأنه أن يوصلهم رؤيتهم المعمقة للمؤسسة وأوضاعها، وبنسبة 33,33% يتراوح سنهم ما بين 20 و30 سنة، ولا تزيد نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين 51 و60 سنة عن 2,90%.

2- **المستوى التعليمي:** يختلف المستوى التعليمي لموظفي المستشفى نظرا لاختلاف وظائفهم وتخصصاتهم، وهذا ما يتضح من خلال الشكل التالي:

الشكل البياني رقم(15): المستوى التعليمي لموظفي المستشفى

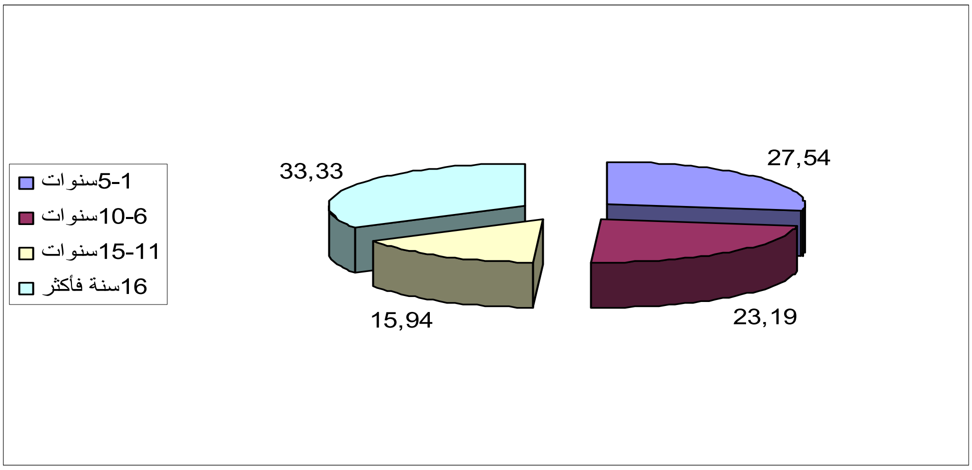


المصدر: من إعداد الطالبة

من خلال الشكل يتضح أن أغلب موظفي المستشفى ذوو مستوى تعليمي جامعي، إذ يمثلون 55,07% من أفراد العينة، و37,07% ذوو مستوى ثانوي، و7,25% فقط منهم ذو تعليم متوسط، إذن أغلب أفراد العينة لهم مستوى تعليمي جامعي وثانوي، ذلك أن أغلب الموظفين الإداريين هم من خريجي المدرسة الوطنية للصحة أو ذوو شهادة جامعية أخرى، وكذلك بالنسبة للفريق الطبي، وهذا ما يعني أن مستواهم التعليمي يمكّن من الحصول على المعلومات اللازمة، ويمكّنهم من فهم المجزة من الأسئلة والتجاوب معها.

3- **الأقدمية:** تختلف سنوات الأقدمية في العمل لأفراد العينة المستجوبة، وتم تقسيمها إلى أربع فئات حسب الشكل التالي:

الشكل البياني رقم(16): الأقدمية في الخدمة لموظفي المستشفى



المصدر: من إعداد الطالبة

يتضح من الشكل أن الموظفين الذين لديهم أقدمية في العمل من 16 سنة فأكثر يمثلون النسبة الأكبر من أفراد العينة أي 33,33%، و27,54% منهم عملوا لفترة بين سنة إلى 5 سنوات،

و23,19% عملوا لفترة 6 إلى 10 سنوات، في حين الذين عملوا بين 11 إلى 15 سنة فيمثلون 15,94%، أما البقية فهم الذين يملكون خبرة مهنية ... في مؤسستهم.

I-2- تحليل أبعاد الاستمارة:

البعد الأول: يحتوي على الأسئلة من(1-4)، ويهدف إلى قياس مدى معرفة الموظفين بالجودة، وتقييمهم للخدمات المقدمة.

1- هل تعتقد أن الجودة في الخدمة الصحية تعني:

الجدول رقم(22): يوضح مفهوم الجودة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
تقديم الخدمة الصحية صحيحة من أول مرة	27	16,98	6,754	9,49
الخدمات ترضي المستفيدين(المرضى)	23	14,46		
الأداء الجيد للعمال	42	26,42		
التزام الجميع بالتعليمات والإجراءات	32	20,13		
وجود أطباء أكفاء فيها	35	22,01		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

يوضح هذا العنصر مفهوم الجودة لدى الموظفين، ولحساب χ_c^2 نستخدم العلاقة التالية:

$$\chi_c^2=\sum\frac{(F_o-F_e)^2}{F_e}$$ ، ولدينا

$$F_e=\frac{\text{مجموع التكرارات}}{\text{عدد الاختيارات}}=\frac{69}{5}=13{,}8$$

وللحصول على χ_t^2 نعتمد على الجدول الخاص بـ χ^2 عند مستوى دلالة 0,05 ودرجة حرية (V) حيث:

V=n-1

V=5-1=4

إذن χ_t^2 عند مستوى دلالة 0,05 ودرجة حرية تساوي 4 تكون مساوية لـ 9,49،

وبالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 6,754 و χ_t^2 المساوية لـ 9,49 نجد أن $\chi_t^2 > \chi_c^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة بين الموظفين، حيث أن 16,98% من أفراد العينة يعرفون الجودة على أنها تقديم خدمة صحيحة من أول مرة، و14,46% يرون بأنها تقديم خدمات ترضي المرضى، في حين أن

26,42% يعتبرونها تتمثل في الأداء الجيد للعمال، و20,13% يرونها في التزام الجميع بالتعليمات والإجراءات، و22,01% منهم يعتقدونها في وجود أطباء يوثق بهم.

2- هل تعتقد أن مستوى جودة الخدمة التي يقدمها المستشفى يستطيع أن ينافس بها المؤسسات الأخرى؟

الجدول رقم(23): مدى قدرة المستشفى على المنافسة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	52	75,36	17,75	3,841
لا	17	24,64		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 17,75 و χ_t^2 المساوية لـ3,841 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، حيث نجد أن 75,36% من أفراد العينة يرون بأن مستوى جودة الخدمة المقدم في المستشفى يسمح له بمنافسة المؤسسات الأخرى وهو يمثل الاتجاه السائد بالمؤسسة، فيما 24,64% منهم يعتقدون عكس ذلك.

3- هل تعتقد أن مستوى الخدمة الحالي يحتاج إلى تحسين:

الجدول رقم(24): مدى احتياج الخدمة الحالية للتحسين

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	68	98,55	65,057	3,841
لا	1	1,45		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 65,057 و χ_t^2 المساوية لـ3,841 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى لصالح البديل الأول، حيث أن 98,55% منهم يرون بأن مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى يحتاج إلى تحسين، في حين أن1,45% فقط يرون أنها لا تحتاج إلى تحسين.

4- هل تعتقد أن هناك عوائق الوصول إلى خدمة عالية الجودة؟

الجدول رقم(25): عوائق الوصول إلى خدمة عالية الجودة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 المجدولة
عدم وجود معايير محددة للجودة	30	21,28	11,80	9,488
النقص في الموارد اللازمة	35	24,82		
النقص في الكفاءات المهنية	22	15,60		
عدم التزام الإدارة	16	11,35		
ضعف الرقابة على أداء الخدمات	38	26,95		
المجموع	144	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 11,80 و χ_t^2 المساوية لـ 9,488 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 لصالح البديل الأخير، وتدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، حيث نجد أن 26,95% يعتقدون أن العوائق تتمثل في ضعف الرقابة على أداء الخدمات، و24,82% يرونها في النقص في الموارد اللازمة، ونسبة 21,28% من الإجابات ترى أن العوائق تتمثل في عدم وجود معايير محددة للجودة، في حين 15,60% من الإجابات كانت ترى العوائق تتمثل في نقص الكفاءات المهنية، في حين 11,35% كانت عن عدم التزام الإدارة.

إضافة إلى عوائق أخرى أضافها المستجوبون مثل: نقص الاتصال الداخلي على المستوى العمودي والأفقي للتنظيم، غياب الضمير المهني وعدم الشعور بالمسؤولية، نقص ثقافة الجودة، كما أضاف بعض الأفراد من الفريق الطبي وشبه الطبي بوجود نقص الموظفين الطبيين وشبه الطبيين، نقص التجهيزات، عدم اهتمام الإدارة بمشاكلهم، وعدم توفرها على المعلومات والدراية الكافية بالاحتياجات الطبية...

نستنتج من هذا البعد أنه لا يوجد للموظفين مفهوم مشترك للجودة، فكل يعرفها حسب طبيعة وظيفته أو المصلحة التي يشتغل بها، كما أن رضى المريض عن الخدمة أخذ أقل نسبة من الإجابات حول مفهوم الجودة، وهذا ما يدل على عدم معرفتهم التامة لهذا المفهوم، كما أنهم يرون أن مستوى الخدمات المقدمة بحاجة لأن يتحسن أكثر، وهناك عوائق كثيرة تحول للوصول إلى خدمة ذات جودة عالية، إلا أنهم أجمعوا على أن المستشفى بهذا المستوى قادر على أن ينافس القطاع الخاص فالبرغم من أن الموظفين مقتنعون بأنه يجب أن يحسن مستوى الخدمة، فالموظفون إلا أن فهمهم للجودة البسيط، وهذا دليل على ضرورة التغيير في ثقافتهم.

البعد الثاني: يحتوي على الأسئلة من(5-8) تعتبر مؤشر حول مسؤولية الجودة ودور الموظفين في ذلك.

5- من المسؤول في رأيك على تحسين جودة الخدمات؟

الجدول رقم(26): مسؤولية تحسين الجودة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوب	χ^2 النظرية
الإدارة	8	11,60	143,46	7,815
الهيئة الطبية	1	1,45		
باقي المستخدمين	0	0		
اشتراك جميع المستويات	60	86,95		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 143,46 و χ_t^2 المساوية لـ7,815 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، حيث أن 86,95% من الموظفين يتفقون على أن الجودة هي مسؤولية الجميع في حين أن 11,60% يحملون الإدارة وحدها المسؤولية، و1,45% فقط يرونه أنها مسؤولية الهيئة الطبية، ولا توجد ولا إجابة تقول بأنها مسؤولية باقي المستخدمين.

6- من أين تنشأ أفكار التغيير التي تحسن من جودة الخدمة؟

الجدول رقم(27): نشأة أفكار التغيير في إطار التحسين

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوب	χ^2 النظرية
من المستويات العليا	48	65,75	38	5,991
من المستوى التنفيذي	19	26,03		
من مصادر خارجية	6	8,22		
المجموع	73	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 38 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 65,75% من الإجابات ترى أن أفكار التغيير تنشأ من المستويات العليا، وليس لباقي الموظفين أي علاقة، أما 26,03% منها فترى أن هذه الأفكار قد تنشأ من المستوى التنفيذي، في حين أن 8,22% فقط ترى أن هذه الأفكار قد تنشأ من مصادر خارجية.

7- هل تقوم بطرح أفكارك على رئيسك المباشر؟

الجدول رقم(28): مدى طرح الموظفين لأفكارهم على رؤسائهم

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
دائما	18	26,09	9,478	5,991
أحيانا	35	50,72		
ولا مرة	16	23,19		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 9,478 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 50,72% من الموظفين أجابوا بأنهم يقومون بطرح أفكارهم على رئيسهم المباشر أحيانا فقط، أما 26,09% فيقومون بذلك دائما في حين أن23,19% لم يطرحوا أفكارهم ولا مرة.

8- إذا كانت الإجابة بـ دائما أو أحيانا هل تؤخذ بعين الاعتبار؟

الجدول رقم(29): مدى أخذ أفكار الموظفين بعين الاعتبار.

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
دائما	6	11,32	59,154	5,991
أحيانا	44	83,02		
ولا مرة	3	5,66		
المجموع	53	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 59,154 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 83,02% من الموظفين الذين أجابوا بأنهم يقومون بطرح أفكارهم على رئيسهم يرون بأن أفكارهم تؤخذ بعين الاعتبار أحيانا فقط، أما 11,32% فأجابوا بأنها تؤخذ دائما بعين الاعتبار، إلا أن5,66% منهم يرون أن أفكارهم لم تؤخذ و لا مرة بعين الاعتبار.

من خلال هذا البعد أجاب أغلب الموظفين أن الجودة مسؤولية مشتركة بين الجميع، ويرون بأن التغييرات التي من شأنها أن تحسن من جودة الخدمات تكون من قبل الإدارة، إلا أن نسبة 78,81% يساعدونها من خلال طرح أفكارهم ومقترحاتهم والتي يؤخذ بها في أغلب الأحيان.

وهذا مؤشر إيجابي على اقتناع الموظفين بضرورة الجودة وشعورهم بالمسؤولية ومساهمتهم بطرح الأفكار بخصوصها.

البعد الثالث: يحتوي على الأسئلة من(9-14)، توضح كيفية تحسين الجودة من خلال الأداء، والمشاكل التي تؤثر سلبا عليه.

9- مدى رضاك عن مستوى الخدمات التي تقدمها:

الجدول رقم(30): مدى رضا الموظفين عن مستوى خدماتهم

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولية
راض تماما	35	50,72	26,33	5,991
راض نوعا ما	31	44,93		
غير راض	3	4,35		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ^2_c المساوية لـ 26,33 و χ^2_t المساوية لـ 5,991 نجد أن $\chi^2_t < \chi^2_c$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 50,72% من المجيبين راضين تماما عن مستوى الخدمات التي يقدمونها، و44,93% راضين نوعا ما عن خدماتهم، في حين أن 4,35% غير راضين.

10- ما هي المشاكل التي تؤثر سلبا على أدائك؟

الجدول رقم(31): المشاكل التي تؤثر سلبا على الأداء

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
تدني الراتب الشهري	49	31,82	77,818	12,59
قلة المكافآت	39	25,32		
طول ساعات العمل	15	9,74		
الالتزام بالعمل في مناوبات ليلية	12	7,79		
الالتزام بالعمل أثناء العطل	8	5,20		
مشاكل في علاقتك مع زملائك	4	2,60		
التوزيع غير العادل في واجبات العمل بينك وبين زملائك	27	17,53		
المجموع	154	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 77,818 و χ_t^2 المساوية لـ 12,59 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ذات دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 31,82% من الإجابات ترى أن من أهم المشاكل التي تؤثر على الأداء هي تدني الراتب الشهري، أما 25,32% فكانت من قلة المكافآت و17,53% كانت تراها في التوزيع غير العادل في واجبات العمل بين الموظفين، إضافة إلى الإجابة بطول ساعات العمل والإلزام بالعمل في مناوبات ليلية وأثناء العطل بنسب قليلة.

اعتمادا على ما تحصلنا عليه من معلومات إثر المقابلات التي أجريناها مع مختلف العاملين في المستشفى، ففيما يخص الأجور سجلنا تذمرا كبيرا لهؤلاء، خاصة فئة الأطباء وشبه الطبيين، حيث يرون أنهم لا يكافؤون على أساس عادل ويرجعون ذلك إلى عدم توافق المجهودات التي يبذلونها والأخطار التي يصادفونها يوميا بالمقابل الذي يحصلون عليه مقارنة بصعوبات المعيشة، وبما يتقاضاه زملاؤهم بالقطاع الخاص، وهذا ما أدى إلى حالة من الإحباط وانخفاض الروح المعنوية بسبب الشعور بعدم عدالة الأجور وبالتالي انخفاض الدافعية لديهم والتي أثرت على مستوى الأداء.

وأضاف بعضهم أن العمل في مصلحة واحدة لمدة طويلة، كثرة أعباء العمل يؤثر سلبا على أدائهم، وبالنسبة للأفراد الذين لديهم احتكاك بالمرضى والزوار فقد أجابوا بوجود سلوكات غير حضارية خاصة من طرف المرافقين للمرضى قد تؤدي أحيانا إلى مشاكل تؤثر على الأداء.

11- ما هي دواعي تحسين أدائك؟

الجدول رقم(32): دواعي تحسين الموظفين لأدائهم

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
الرغبة في التغيير	28	24,56	28,031	9,49
حب المهنة	38	33,34		
تطوير الخدمة	21	18,42		
الرغبة في الترقية والتحفيز	24	21,05		
أوامر الإدارة	3	2,63		
المجموع	114	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 28,031 و χ_t^2 المساوية لـ 9,49 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 33,34% يحسنون أداءهم حبا في المهنة وهي أعلى نسبة، في حين أن 24,56% يحسنون أداءهم رغبة في التغيير، ونجد أن نسبة 2,63% فقط من الإجابات تحسن أداءها لأوامر من الإدارة، إذ يرى بعضهم أن الإدارة غير مهتمة لذلك.

كما أضاف بعض الموظفين أن متطلبات العمل تفرض عليهم تحسين أدائهم باستمرار والبحث والاطلاع باستمرار عن الجديد.

12- هل تلقيت تدريبا أثناء سنوات عملك؟

الجدول رقم(33): مدى تلقي الموظفين للتدريب

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	29	42,03	1,753	3,841
لا	40	57,97		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 1,753 و χ_t^2 المساوية لـ 3,841 نجد أن $\chi_t^2 < \chi_c^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود آراء مختلفة للموظفين، هناك اتجاهين مختلفين في المؤسسة حول هذا المتغير، حيث أن 42,03% أجابوا أنهم قد تلقوا تدريبا أثناء عملهم في مقابل 57,97% أجابوا بأنهم لم يتلقوا تدريبا.

13- إذا كانت الإجابة بـ نعم ما نوع هذا التدريب؟

الجدول رقم(34): أنواع التدريب

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوب	χ^2 النظري
دورات تكوينية	14	58,33	0,33	3,841
أيام دراسية	10	41,67		
المجموع	24	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 0,33 و χ_t^2 المساوية لـ3,841 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على عدم وجود اتجاه غالب لدى الموظفين، حيث نجد أن 58,33% من إجابات الذين تلقوا تدريبا كانت على شكل دورات تكوينية و 41,67% كانت على شكل أيام دراسية.

[illegible]...

14- وهل أدى هذا التدريب إلى تحسين أدائك؟

الجدول رقم(35): مدى تحسين التدريب لأداء الموظفين

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوب	χ^2 النظري
كثيرا	23	79,31	21,568	5,991
قليلا	6	20,69		
لم يحسن	0	0		
المجموع	29	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 21,568 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 79,31% ممن تلقوا تدريبا أجابوا أن هذه التدريبات حسنت من أدائهم كثيرا مقابل 20,69% أجابوا أنها حسنت قليلا فقط من أدائهم، ولا توجد أي إجابة بعدم التحسين.

نستنتج أن أغلب الموظفون أجابوا أنهم راضون عن مستوى الخدمات التي يقدمونها، إلا أنه توجد مشاكل تؤثر سلبا على أدائهم أهمها تدني الراتب، لكن هناك ما يدفعهم لتحسين أدائهم خاصة حبهم لمهنتهم، كما أن التكوين الذي تحصل عليه بعضهم قد حسن من أدائهم.

وهو مؤشر إيجابي على وجود رغبة في تحسين الأداء وأهمية التكوين في ذلك.

البعد الرابع: يحتوي على الأسئلة من (15-16)، وتوضح مدى استخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات.

15- هل اطلعت على أسلوب إدارة الجودة الشاملة؟

الجدول رقم(36): مدى الاطلاع على أسلوب إدارة الجودة الشاملة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	17	24,64	17,753	3,841
لا	52	75,36		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 17,753 و χ_t^2 المساوية لـ3,841 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاه الآخر، فنجد أن 75,36% أجابوا بأنهم لم يطلعوا على أسلوب إدارة الجودة الشاملة أما 24,64% فقط أجابوا بأنهم اطلعوا على هذا الأسلوب.

16- إذا كان نعم هل تم تطبيق الأسلوب كتغيير شامل لتحسين الخدمات؟

الجدول رقم(37): مدى تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	07	41,18	0,529	3,841
لا	10	58,82		
المجموع	17	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 0,529 و χ_t^2 المساوية لـ3,841 نجد أن $\chi_t^2 > \chi_c^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على عدم وجود اتجاه سائد لدى الموظفين، إذ لا يمكننا التأكيد على أن المستشفى لم يطبق أسلوب إدارة الجودة الشاملة الذي يمكن أن يحقق 58,82% من الذين أجابوا أنهم على علم بهذا الأسلوب، فنجد أن 41,18% من الذين أجابوا أنهم على علم بأسلوب إدارة الجودة الشاملة قالوا بأنها طبقت في المستشفى في حين أن 58,82% منهم أجابوا بأنها لم تطبق وهذا مما يؤكد بعدم المعرفة التامة بمبادئ ومرتكزات هذا الأسلوب.

نستنتج أن أغلب الموظفين وخاصة الهيئة الطبية ليس لهم علم بأسلوب إدارة الجودة الشاملة، أما الأقلية من الموظفين الآخرين الذين لديهم علم بها فقد أجاب 58,82% أن هذا الأسلوب

قد تم تطبيقه، وهذا مؤشر سلبي على وجود ثقافة الجودة الشاملة وما ينعكس سلبا على الأداء ومستوى الخدمة.

البعد الخامس: يشمل الأسئلة من(17-20)، ويوضح علاقة المرضى بجودة الخدمة الصحية.

17- هل يساهم المرضى بإعطاء أفكار عن التغيير لتحسين الجودة؟

الجدول رقم(38): مدى مساهمة المرضى بإعطاء أفكار عن التغيير لتحسين الجودة

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
دائما	3	4,35	27,478	5,991
أحيانا	29	42,03		
ولا مرة	37	53,62		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 53,62 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 53,62% أجابوا بأن المرضى لا يساهمون أبدا بإعطاء أفكار للتغيير داخل المستشفى لتحسين مستوى الخدمة أما 42,03% أجابوا بأن المرضى يساهمون أحيانا فقط في ذلك، أما 4,35% فقط أجابوا بأن المرضى دائما يوحون بأفكار عن التغيير والتحسين.

18- في حالة الإجابة بـ دائما أو أحيانا ما هي؟

أجاب البعض عن طريق الجمعيات الخاصة بالمرضى، بعض الضغوط التي يمارسونها قد توحي ببعض الأفكار خاصة من ناحية الخدمات الفندقية.

19- ما هي إجراءات تلقي شكاوى المرضى؟

الجدول رقم(39): إجراءات تلقي شكاوى المرضى

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
سجل الاقتراحات	25	31,25	31,783	5,991
رد الشكاوى المقدمة منهم	7	8,75		
سؤالهم بشكل مباشر	48	60		
المجموع	80	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 31,783 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين

عن الاتجاهات الأخرى لصالح البديل الثالث، فنجد أن 60% من الموظفين أجابوا بأنه يتم سؤال المرضى بشكل مباشر وخاصة من طرف الهيئة الطبية لكونهم أكثر احتكاكا بالمريض، أما 31,25% فأجابوا أنه من خلال سجلات الاقتراحات في حين أن 8,75% أجابوا بأنه من خلال رصد الشكاوى المقدمة منهم.

20- سبب تفضيل المرضى للمستشفى على العيادات الخاصة

الجدول رقم (40): سبب تفضيل المرضى للمستشفى عن باقي العيادات

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
التكلفة	52	75,36	54,896	5,991
الجودة	8	11,60		
التكلفة والجودة معا	9	13,04		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 54,896 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، حيث يرى 75,36% من الموظفين أن سبب تفضيل المرضى للمستشفى على العيادات الخاصة هو التكلفة، أما 13,04% فيعتقدون أن السبب هو التكلفة والجودة معا، في حين أن 11,60% فقط يرون أن الجودة هي سبب تفضيل المرضى للمستشفى، وهذا ما يدل على أن مجانية العلاج هي السبب الغالب في لجوء المرضى للمستشفى، وهذا ما يتعارض مع نتائج الجدول رقم (23) التي يرى فيها الموظفون أن جودة خدمات المستشفى تسمح له بمنافسة القطاع الخاص.

نستنتج من هذا البعد أن هناك عدة طرق يتم استخدامها في المستشفى لقياس رضى المرضى عن الخدمات المقدمة لهم وخاصة عن طريق سؤالهم بشكل مباشر وسجلات الاقتراحات التي لا يؤخذ بها في غالب الأحيان، كونهم لم يستوعبوا أهمية هذه الوسيلة لعدم وجود ثقافة كافية، ويرى الموظفون أن أهم سبب لتفضيل المرضى للعيادات الخاصة على المؤسسات الصحية العمومية هو تكلفة الخدمات المقدمة وليست الجودة، لكنهم يؤكدون أن ذلك راجع للثقافة الموروثة لدى الأفراد في أن خدمات المستشفى العمومي هي دوما متدنية الجودة، وهذا مؤشر سلبي على ثقافة المريض بجودة الخدمة وعدم رضاه عن الخدمات المقدمة بالمستشفى.

البعد السادس: يحتوي على الأسئلة من (21-23)، يوضح دور النظام التعاقدي كأسلوب جديد في التغيير على جودة الخدمات الصحية.

21- هل تعتبر أن النظام التعاقدي أسلوب مناسب لاستمرار المؤسسات الصحية في نشاطها؟

الجدول رقم(41): مدى مناسبة النظام التعاقدي لنشاط المؤسسات الصحية

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	40	57,97	0,1753	3,841
لا	29	42,03		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بالمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 0,1753 و χ_t^2 المساوية لـ 3,841 نجد أن $\chi_t^2 > \chi_c^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها تدل على عدم وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 57,97% يرون بأن النظام التعاقدي أسلوب مناسب لاستمرار المؤسسات الصحية في نشاطها مقابل 42,03% منهم أجابوا بأنه أسلوب غير مناسب، وهذا قد يدل على عدم علم كاف ببنود هذا النظام.

22- هل تعتقد أن تطبيق النظام في مستشفاكم سيؤدي إلى تحسين مستوى خدماتها؟

الجدول رقم(42): مدى تحسين النظام التعاقدي لخدمات المستشفى

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
نعم	24	34,78	0,608	5,991
ربما	25	36,23		
لا	20	28,99		
المجموع	69	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 0,608 و χ_t^2 المساوية لـ 5,991 نجد أن $\chi_t^2 > \chi_c^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة لدى الموظفين، فنجد أن 34,78% يعتقدون بأن تطبيق هذا النظام سيؤدي إلى تحسين الجودة، و 36,23% يعتقدون بأنه ربما قد يحسن، 28,99% يرون بأنه لا يمكن أن يحسن من جودة الخدمات.

23- حسب اعتقادك ما هي عوائق تطبيق النظام في مستشفاكم؟

أجاب أغلب موظفو المستشفى أن هذه العوائق متعددة، أهمها:

- عدم وجود الكفاءات والإمكانيات اللازمة لذلك.
- عدم وعي المسؤولين والعمال بأهمية ودور هذا الأسلوب.
- عدم وعي المجتمع وعدم اطلاعهم على هذا النظام.
- عدم تأمين الأغلبية من المواطنين.
- وجود أشخاص غير مستفيدين.
- عدم وجود تنسيق مع الضمان الاجتماعي والبلدية، وعدم جاهزية هذه المؤسسات.
- هناك من يرى أن سلبيات هذا النظام أكثر من إيجابياته.

نستنتج من هذا البعد أن تطبيق النظام التعاقدي كأسلوب في التسيير وبديل فني التمويل مناسب لاستمرار المؤسسات الصحية في نشاطها في ظل التغييرات التي تعرفها الجزائر، لكن يرى الموظفون أن تطبيقه في المستشفى ليس بالضرورة سيؤدي إلى تحسين مستوى خدماته لعدة مشاكل سيواجهها هذا التطبيق خاصة عدم الوعي والاستعداد الكافي لذلك.

البعد السابع: ويحتوي على الأسئلة من(24-27)، وتوضح من هم الأفراد الأكثر مقاومة ومدى تأثير هذه المقاومة.

24- هل تحس بدرجة المقاومة للتغيير الحاصل؟

الجدول رقم(43):مدى إحساس الموظفين بدرجة المقاومة

χ^2 النظرية	χ^2 المحسوبة	النسبة المئوية	التكرار	الاختيارات
5,991	58,728	10,15	7	**دائما**
		76,81	53	**أحيانا**
		13,04	9	**ولا مرة**
		100	69	**المجموع**

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 58,728 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، حيث يرى 76,81% من الموظفين أنهم يحسون أحيانا فقط بدرجة المقاومة، أما 10,15% فأجابوا بأنهم يحسون دائما بدرجة المقاومة، أما 13,04% فأجابوا أنهم ولا مرة أحسوا بهذه المقاومة.

25- إذا كان دائما أو أحيانا من هي الأطراف الأكثر مقاومة؟

الجدول رقم(44): الأطراف الأكثر مقاومة للتغيير

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
الهيئة الطبية	19	31,66	0,555	5,991
باقي العاملين	31	51,67		
المرضى	20	16,67		
المجموع	60	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة بين χ_c^2 المساوية لـ 0,555 و χ_t^2 المساوية لـ 5,991 نجد أن $\chi_c^2 < \chi_t^2$ وعليه نقبل H_0 ونرفض H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل عليها ليس لها دلالة إحصائية وتدل على وجود اتجاهات مختلفة لدى الموظفين، فلا يمكننا التأكيد على أن أكثر الأفراد مقاومة هم باقي العمال والذي وضحته نسبة 51,67%، حيث نجد أن 31,66% من الذين أجابوا بأنهم يحسون بدرجة المقاومة يعتقدون بأن الهيئة الطبية هي الأكثر مقاومة، و 16,67% يعتقدون بأن المرضى هم الأكثر مقاومة.

26- وفيما تتمثل أشكال هذه المقاومة؟

الجدول رقم(45): أشكال مقاومة الأفراد للتغيير

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
إضراب عن العمل	5	5,88	35,64	9,49
التسبب في الفوضى	22	25,89		
طلب التحويل	34	40		
خروج المرضى بدون إذن	5	5,88		
شكاوى رسمية من طرف المرضى	19	22,35		
المجموع	85	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 35,64 و χ_t^2 المساوية لـ 9,49 نجد أن $\chi_t^2 < \chi_c^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 40% من الإجابات ترى بأن أغلب مظاهر المقاومة تتمثل في طلب التحويل من مكتب لآخر أو من مصلحة إلى أخرى.

27- تأثير المقاومة على مستوى تقديم الخدمات:

الجدول رقم(46): مدى تأثير مقاومة التغيير

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 النظرية
دائما	5	8,34	22,5	5,991
أحيانا	35	58,33		
لا تؤثر	20	33,33		
المجموع	60	100		

المصدر: من إعداد الطالبة.

بمقارنة χ_c^2 المساوية لـ 22,5 و χ_t^2 المساوية لـ5,991 نجد أن $\chi_c^2 > \chi_t^2$ وعليه نرفض H_0 ونقبل H_1، ومنه نقول أن النتائج المحصل تدل على وجود اتجاه غالب لدى الموظفين عن الاتجاهات الأخرى، فنجد أن 58,33% من الإجابات ترى بأن المقاومة تؤثر أحيانا فقط، أما 33,33% فيرون أنها لا تؤثر في حين أن 8,34% فقط من يرون أنها تؤثر على مستوى تقديم الخدمات.

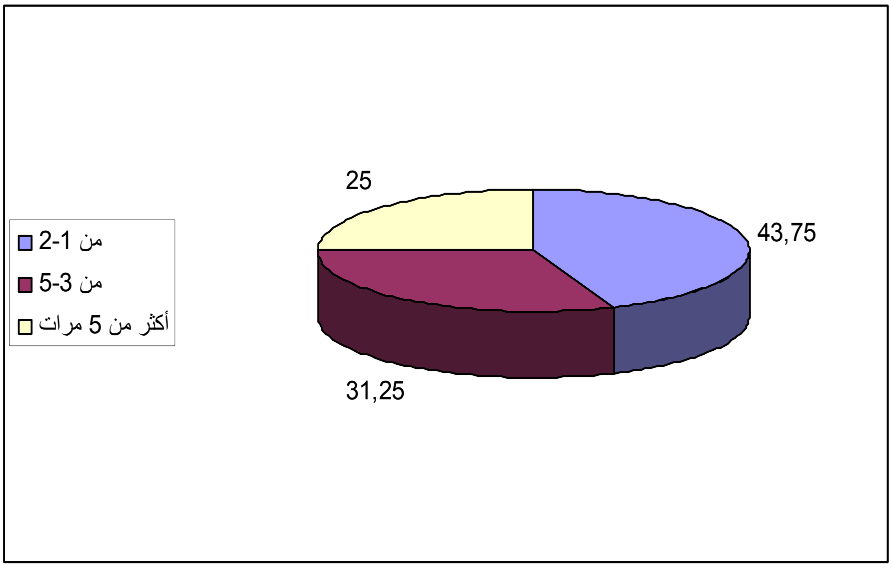
نستنتج أن المقاومة التي من الممكن أن تحدث لا تؤثر بشكل كبير على سير الأعمال كون أن أهم مظاهرها يتمثل في طلب الموظفين تحويلهم من مكان إلى آخر، وقد تكون أكثر تأثيرا من جانب المرضى والزوار بردود أفعالهم السلبية مع العاملين.

II- تحليل نتائج الاستمارة الموجهة للمرضى:

II-1- تحليل البيانات الخاصة بالمرضى:

1. **عدد مرات التردد على المستشفى:** يتردد الأفراد على المستشفى حسب الحاجة الصحية لذلك أو لمتابعة العلاج، وبالتالي يختلف عدد مرات التردد حسب الشكل التالي:

الشكل رقم(17): عدد مرات التردد على المستشفى

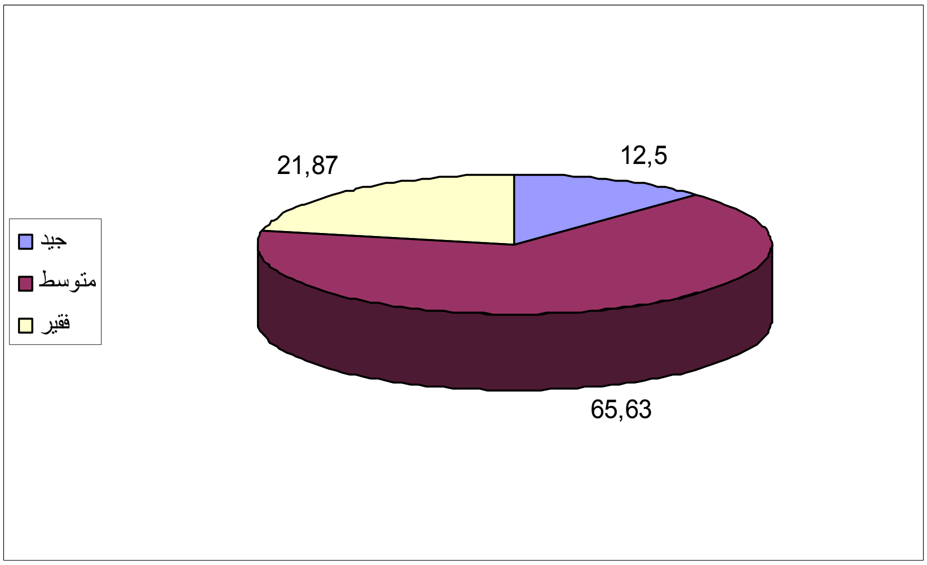


المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الشكل يتضح أن أكبر نسبة من المستجوبين أي 43,75% ترددوا على المستشفى من مرة إلى مرتين، و31,25% منهم زاروا بين 3 و5 مرات، و25% زاروا أكثر من 5 مرات، والنسبتين الأخيرتين كافيتين لتقييم جودة الخدمة بشكل أفضل.

2. **المستوى المعيشي للعينة المستجوبة:** يختلف المستوى المعيشي للأفراد الذين يترددون على المستشفى مثلما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(18): المستوى المعيشي للعينة المستجوبة



المصدر: من إعداد الطالبة.

يوضح الشكل أن أغلب أفراد العينة ذوو مستوى معيشي متوسط بنسبة 65,63% ، ثم تليها الفئة الفقيرة بنسبة 21,87% وأخيرا الفئة ذات المستوى المعيشي الجيد بنسبة 12,5%.

II-2- تحليل وتفسير أبعاد الاستمارة:

الجدول رقم (47): أبعاد جودة الخدمة

أبعاد ومتغيرات المقياس	المتوسط الحسابي للمتغيرات	المتوسط الحسابي للبعد
البعد المادي (الجوانب الملموسة)		**3,18**
جاذبية المباني والتسهيلات المادية الأخرى للمستشفى	2,88	
وجود عاملين وأطباء على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر	3,31	
ملاءمة التصميم والتنظيم الداخلي للمستشفى	3,34	
الاعتمادية		**2,72**
الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	3,03	
الدقة وعدم الأخطاء في تقديم الخدمة الصحية	3,22	
توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين والعاملين في المستشفى	3,25	
توفر التخصصات	1,59	
مدى الحرص على تقديم الخدمة الطبية بشكل جيد في المقام الأول	2,53	
الاستجابة		**2,42**
إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول	2,34	
إخبار المريض بالوقت الصحيح لتأدية الخدمة	2,56	
الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال	2,25	
وجود عاملين مهتمين ومستعدين دائما لتلبية طلبات المرضى	3,25	
الرد الفوري على الشكاوى والاستفسارات	1,72	
الأمان		**3,11**
الشعور بالأمان في التعامل مع العاملين والأطباء	3,22	
وجود عاملين يتحلون بالحس الإنساني واللباقة	3,37	
توفر المعارف لدى العاملين للإجابة عن أي سؤال	2,41	
يتم استمرارية متابعة حالة المريض	3,13	
هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض	3,44	
التعاطف		**2,81**
وجود اهتمام شخصي بالمريض	3,69	

يتم تفهم احتياجات المريض	2,56	
يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه	2,72	
وجود الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض	2,41	
ملاءمة أوقات عمل المستشفى والوقت المخصص لخدمة المريض	2.69	
متوسط تقييم جودة الخدمة المقدمة		***2,85***

المصدر: من إعداد الطالبة.

- الجوانب الملموسة: ويشمل هذا البعد الجانب المادي لجودة الخدمة والمتمثل في جميع المباني والتسهيلات المادية والمعدات المستخدمة والتصميم والتنظيم الداخلي للمستشفى، والمظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، وتوضح نتائج الجدول رقم (47) أن هذا البعد قد تحصل على **3,18** درجة، أي أنها فوق المتوسط قليلا، إلا أن هذا الدرجة تختلف حسب المتغيرات، فقد حصل متغير ملاءمة التصميم والتنظيم الداخلي على 3,34، ومتغير وجود عاملين وأطباء على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر حصل على درجة 3,31، أما جاذبية المباني والتسهيلات الأخرى فهي أقل درجة بـ 2,88.

نستنتج من خلال هذا البعد أن المرضى راضين عنه، مع استيائهم عن جاذبية المباني والتسهيلات المادية وذلك لقدم المستشفى وعدم تجديد مبانيه.

- الاعتماديـة: ويقصد بها الالتزام بتقديم الخدمة في الوقت المحدد لها وبدون أخطاء، وجود الثقة في المسؤولين عن تقديم تلك الخدمة، ومدى توافر التخصصات بالمستشفى.

وقد أخذ متوسط هذا البعد **2,72** درجة وهي أقل من المتوسط، مما يعني عدم رضى المرضى عن اعتمادية الخدمة، وتختلف المتوسطات التفصيلية لهذا البعد كالتالي: الالتزام بتقديم الخدمة الصحيحة في المواعيد المحددة 3,03، وقد يعزى ذلك لوجود علاقات شخصية بين المريض ومقدم الخدمة، الدقة وعدم الأخطاء في تقديم الخدمة 3,22، وجود الثقة في الأطباء والعاملين 3,25، الحرص على تقديم الخدمة الطبية بشكل جيد في المقام الأول 2,53، وأخذ متغير توفر التخصصات أقل درجة 1,59 مما يدل على توفر المستشفى على تخصصات محدودة.

- الاستجابـة: وتشمل مدى الاستجابة الفورية والاستعداد من مقدمي الخدمة لتلبية طلبات المرضى واحتياجاتهم وإخبارهم عن حالتهم الصحية ومواعيد تلقي العلاج والرد على استفساراتهم، بلغ المتوسط العام لهذا البعد **2,42** وهو دليل على عدم رضى المرضى عن هذا البعد، وتختلف المتوسطات التفصيلية لكل متغير، حيث أقلها في الرد الفوري على الشكاوي والاستفسارات بـ1,72، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال 2,25، إخبار المريض

بالوقت الصحيح لتأدية الخدمة 2,56، إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول 2,34، إلا أن متغير وجود عاملين مهتمين ومستعدين دائما لتلبية طلبات المرضى قد أخذ 3,25 درجة.

فالمريض من خلال هذا البعد يقيم الخدمة على أنها متدنية الجودة.

- الأمـــان: يعكس هذا البعد شعور المرضى بالأمان، معرفة وخبرة مقدمي الخدمات وقدرتهم على كسب رضى وثقة المرضى، حصل هذا البعد على **3,11** أي أنه مقبول، فمن خلال النتائج نجد أن المستفيدين من الخدمة يشعرون بالأمان في التعامل مع مقدمي الخدمة، إذ حصل هذا المتغير على 3,22، وأنهم على درجة من الحس الإنساني والخلق واللباقة في التعامل، فقد تحصل هذا المتغير على 3,37، أما متغير وفرة المعارف لدى العاملين للإجابة عن أي سؤال فلم يرضي المرضى، وقد حصل على 2,41 نظرا لعدم قدرة العاملين للإجابة عن جميع الأسئلة التي يطرحها المرضى، وحصل متغير يتم متابعة حالة المريض على 3,13 إذ يخضع المريض للمتابعة على مستوى العيادة الخارجية للمستشفى، أو باقي العيادات التابعة للقطاع، أو في العيادات الخاصة أين يعمل الطبيب، أما متغير سرية المعلومات الخاصة بالمريض فقد حصل على 3,44 درجة، وهذا يعني أن هناك سرية مقبولة لحد ما في المعلومات، كما أنه لا توجد ضرورة لذلك كون حالة المريض لا تستدعي السرية التامة.

التعاطـــف: يعكس هذا البعد الاهتمام الشخصي بالمرضى والتعاطف معهم، وقد أخذ متوسط هذا البعد **2,81** درجة وهي تدل على عدم رضى المرضى عن هذا البعد، كما اختلفت المتوسطات التفصيلية لكل متغير كالتالي: وجود اهتمام شخصي بالمريض 3,69 وقد يرجع أيضا للعلاقات الخاصة بين بعض المرضى ومقدمي الخدمات، تفهم احتياجات المريض 2,56، يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه 2,72، وجود الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض 2,41، ملاءمة أوقات عمل المستشفى والوقت المخصص لخدمة المريض 2,69، نلاحظ من خلال هذا البعد أن المتغير الذي حصل على أكبر درجة هو الاهتمام الشخصي بالمريض.

لقد حصل المتوسط الإجمالي لتقييم الخدمة على ***2,85*** درجة، مع تفاوت المتوسطات لأبعاد جودة الخدمة بدرجات متقاربة، إذن فحسب وجهة نظر المستفيدين من الخدمة من خلال البعد المادي ودرجة الثقة بمقدم الخدمة وتجاوبه وتعاطفه مع المريض، فإنهم يقيمون جودة الخدمة على أنها متدنية أو أقل من المتوسط لهذا المقياس، خاصة بنقص التخصصات الموجودة بالمستشفى مما يجعلهم يضطرون إلى الذهاب للعيادات الخاصة أو السفر، وتباطؤ الرد على شكاويهم واستفساراتهم، كما لا توجد استجابة فورية من مقدمي الخدمة لتلبية احتياجات المريض...، أما بعد الأمان فبالرغم من عدم قدرة العاملين على الإجابة عن كامل أسئلتهم فقد حصل على درجة

متوسطة، إذ يرى المرضى أن هناك درجة مقبولة نوعا ما من الثقة في التعامل مع العاملين وتحليهم بحسن الأدب واللباقة لحد ما.

III- تحليل وتفسير نتائج المقابلة:

III-1- تحليل نتائج المقابلة:

1- البعد الأول: مدى المعرفة والعمل بإدارة التغيير.

السؤال الأول**:** ما هو مفهومكم للتغيير وإدارة التغيير؟

- الإجابة: التغيير هو الانتقال من وضعية لأخرى نتيجة لظروف معينة كزيادة حجم المؤسسة، التغيير في أهداف المؤسسة، تغيير طبيعة النشاط...، وإدارة التغيير هي إيجاد الآليات المناسبة لإحداث هذا التغيير.

السؤال الثاني: هل هناك قيود تفرضها وزارة الصحة تمنع من إحداث التغييرات؟

- الإجابة: نعم بالطبع هناك قيود، كون المستشفى من المرافق العامة التابعة للوزارات وتخضع للسلطة الوصية.

السؤال الثالث: هل يمكن إحداث تغييرات معينة دون اللجوء إلى وزارة الصحة؟ وفي أي المجالات؟

- الإجابة: في بعض الحالات فقط، حسب ما يمليه القانون لصلاحيات مدير المستشفى، كتحويل عنوان لآخر في الميزانية مثلا، أي حرية انتقاء وسائل التسيير وفقا لما يقتضيه القانون وحسب الحاجة لذلك.

السؤال الرابع: هل يتم التخطيط مسبقا لإحداث تغييرات معينة؟

- الإجابة: نعم يتم التخطيط مسبقا لذلك، لأن التخطيط من وظائف الإدارة حيث يتم وضع الأهداف مسبقا، ويتم اختيار الوسائل المادية والبشرية اللازمة لإحداث التغيير.

السؤال الخامس: هل توجد مقاومة لأية تغييرات تحدث؟ ومن المتسبب بإحداثها؟ وكيف يتم التحكم فيها؟

- الإجابة: بالطبع هناك مقاومة للتغيير وهذا أمر طبيعي، والمتسبب فيها هو المحيط الداخلي للمستشفى(العمال)، ويتم التحكم فيها بإيجاد آليات للتحاور معهم وإقناعهم، وبإيجاد وسائل بديلة تحل بعض المشاكل المتسببة في المقاومة.

2- البعد الثاني: تقييم مستوى الخدمة.

السؤال السادس: في رأيكم ما هي نقاط القوة التي يمتلكها المستشفى؟

- الإجابة: بما أن المستشفى مؤسسة صحية عمومية، فهو يمثل الدولة، وفي اعتقادنا أنه يتوفر على وسائل مادية وبشرية هائلة.

السؤال السابع: وما هي نقاط الضعف التي يعاني منها؟

- الإجابة: نقاط الضعف تكمن في أنه كغيره من المؤسسات التابعة للقطاع العام، فهو يعاني من سوء التسيير، عدم الشعور بروح المسؤولية التي تدفع إلى الانتماء وبالتالي إلى تحسين الخدمات.

السؤال الثامن: كيف تقيموا مستوى جودة الخدمات التي تقدمها مؤسستكم؟

- الإجابة: عموما لا بأس بها، وهذا المستوى المقدم يستطيع منافسة مستوى خدمات العيادات الخاصة، لأننا نملك أطباء وجراحين بنفس مستوى أطباء العيادات، وإمكانيات تفوق إمكانيات القطاع الخاص، أما سبب تفضيل المرضى لهذه العيادات فهو راجع للجانب الثقافي لهم، لسيطرة فكرة أن خدمات المؤسسات العامة دائما تتسم بتدني جودتها، وأيضا في كون المستشفى يتكفل بالدرجة الأولى بالحالات الاستعجالية سواء الطبية أو الجراحية.

البعد الثالث: ضرورة إجراء التغيير:

السؤال التاسع: هل ترون بأن هناك ضرورة لإجراء تغييرات لتحسين مستوى الخدمة المقدمة؟ وما هي أهم المجالات التي يحدث فيها التغيير؟

- الإجابة: أكيد هناك ضرورة لإجراء تغييرات لتحسين مستوى الخدمات المقدمة، ويكون ذلك بصفة خاصة على مستوى التنظيم(تغيير في جانب الموارد البشرية)، وأهم تغيير في هذا المجال يكون في عقلية وذهنية العامل(ثقافة العامل)، بما يتماشى مع ثقافة الجودة والإصلاحات عن طريق التدريب والتكوين والتثقيف...

السؤال العاشر: ما هي الإجراءات (الإصلاحات)التي ستتبعها وزارة الصحة والتي من شأنها أن تحسن من مستوى الخدمات؟

- الإجابة: تتمثل في إيجاد نظام صحي جديد يتماشى مع الرؤى والتطلعات الخاصة بالنظام السياسي الجديد (الانفتاح)، فالطب المجاني لا يتناسب مع اقتصاد السوق، حيث سيتم تفتيت وتوزيع مركزية الصحة المتجمعة في القطاعات الصحية إلى وحدات ومؤسسات صحية تتمتع بالاستقلال المالي والتسييري وتقوم على أهداف الصحة العمومية الوقائية والعلاجية.

البعد الرابع: الحلول المقترحة من الإدارة لتحسين الجودة:

السؤال الحادي عشر: هل يتم إتباع سياسة معينة لتحقيق جودة الخدمات الخاصة بالمستشفى؟

- الإجابة: لا توجد سياسة معينة لتحقيق جودة في الخدمات، بل يتم إتباع الإجراءات العادية الروتينية، وطبعا الهدف هو صحة المريض.

السؤال الثاني عشر: هل تعتبر أن تطبيق النظام التعاقدي في المستشفى كأسلوب جديد في التسيير والتمويل حلا مناسبا لتحسين مستوى الخدمات الصحية؟

- الإجابة: نعم، لأن مفهوم التعاقد يعطي حرية للتصرف مع المؤسسات المتعاقد معها وذلك بإيجاد آليات ووسائل جديدة للتسيير، وبالتالي اختيار الأنسب والذي يعطي جودة أحسن وبأقل تكلفة.

السؤال الثالث عشر: ما الذي تقترحه (تراه مناسبا) على مؤسستك للنهوض بها من حيث مستوى جودة الخدمات؟

الإجابة: هو الاهتمام بالموارد البشرية ووضع سياسة تنظيمية لتتماشى مع الإصلاحات الجديدة بالأخذ بالاعتبار التحفيز المادي والمعنوي، اختيار مسيرين أكفاء، إحداث مرونة في القوانين والاستقلالية في التسيير، التكوين والتدريب، مساعدة المؤسسات الأخرى في ترقية الصحة مثل وسائل الإعلام، المنظومة التربوية، البلدية، الولاية...

III-2- تفسير نتائج المقابلة:

البعد الأول: من خلال إجابة المدير يتضح بأن له علم بمفهوم التغيير وإدارته، إلا أن هذا المفهوم يبقى نظري لوجود قيود تفرضها وزارة الصحة تحد من إحداث التغيير، أما التغييرات المسموح بها فهي في حدود ضيقة جدا حسب الصلاحية التي يعطيها القانون لمدير المستشفى في حرية التصرف، وحسب ما يقول المدير أنه يتم التخطيط لأي تغيير كان، كما يتم التصدي للمقاومة الناتجة عن أي تغيير بإيجاد لغة حوار متبادلة بين الأطراف المقاومة والإدارة.

البعد الثاني: ترى الإدارة أن مستوى الجودة التي يقدمها المستشفى مقبول ويستطيع أن ينافس به باقي المؤسسات في القطاع الخاص نظرا لوفرة الإمكانيات المادية والبشرية، مع وجود عوائق تحد من حسن الأداء وبالتالي تؤثر في مستوى الجودة وخاصة في الجانب التسييري.

البعد الثالث: ترى الإدارة أنه من الضروري إجراء تغييرات لتحسين مستوى الخدمة المقدمة، خاصة على مستوى الموارد البشرية، وتقوم الوزارة بعدة إصلاحات في هذا المجال محاولة منها لمواكبة التغييرات التي تحدث خاصة بانفتاح الجزائر على السوق، وبالتالي إعطاء المزيد من الاستقلالية للهياكل الصحية(المستشفيات)، لتكون قادرة على المنافسة.

البعد الرابع: لا يتم إتباع سياسة معينة في المستشفى لتحقيق الجودة، إلا أن الإدارة ترى بأنه حتى تصل الخدمة الصحية إلى أفضل ما يمكن، فإنه يجب الاهتمام بالدرجة الأولى بالمورد البشري، كما ترى أن تطبيق النظام التعاقدي سيكون حلا مناسبا لترقية مستوى الخدمة.

المبحث الرابع: مساهمة في وضع نموذج لإدارة التغيير في المستشفى محل الدراسة من أجل تحسين جودة خدماتها

قبل التكلم عن أي مساهمة أو مبادرة لتحسين الجودة داخل المؤسسات الصحية العمومية، فإنه يجب أن يتم إدخال تحسين الجودة والاعتراف به ضمن الهياكل التنظيمية للنظام الصحي على أن توكل لإدارة مختصة يكون موقعها في المستوى الأعلى للهيكل التنظيمي للوزارة، بإنشاء مديرية مركزية للجودة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تعنى بزيادة التوعية والقدرة لدى مقدمي الخدمة لتسهيل تطبيق ومراقبة معايير الأداء في مختلف المؤسسات الصحية بما ينعكس على تحسين جودة الخدمات المقدمة ورفع رضى مقدمي ومتلقي الخدمة، ويتم إنشاء أقسام على مستوى مديرية الصحة وعلى مستوى كل مؤسسة صحية بالتنسيق مع المديرية المركزية، كما تهدف إلى تحسين مستوى الأداء لدى العاملين من خلال تطبيق المعايير بما يتلاءم مع التطوير العلمي وإدخال مفاهيم تحسين الجودة بالبرامج التعليمية والتدريبية للعاملين في المجال الصحي، ومراقبة جودة الخدمات الصحية بشكل مستمر لضمان استمرارية التحسين.

وفي ظل غياب ذلك يمكن اقتراح نموذج لإدارة التغيير بغرض مساعدة مستشفى بشير بن ناصر محل الدراسة على تحقيق الجودة لكافة الخدمات والأعمال التي يقدمها، بناء على استطلاع آراء مختلف الموظفين والمقابلات التي أجريت مع مدير المستشفى وبعض الإطارات، ومن خلال النتائج المتوصل إليها بتحليل الاستمارات، ويتيح هذا النموذج تقييماً ومتابعة موضوعية ومنظمة لأنشطة الجودة التي تتناسب مع الخدمات المقدمة للمرضى، وتكون الفرصة متاحة لجميع العاملين لتقديم ما يرونه مناسبا للتطوير، ويتضمن ذلك إعطاء الصلاحية لمدير المستشفى وبالتالي الفريق المساعد له في إجراء هذا التغييرات بالنظر إلى الإصلاحات الجديدة وإعطاء المزيد من الاستقلالية للهياكل الصحية، وقد اخترنا أربع مراحل رئيسية لبرنامج التغيير ليتم العمل عليها وتعد بمثابة خطوات مرحلية لتطبيق برنامج الجودة، وهي:

أسس بناء البرنامج: وتشمل المستلزمات الأساسية لبدء البرنامج مثل التخطيط وتحديد الاحتياجات.

الإعداد لبناء البرنامج: ويعنى بالتحضير العملي لبدء العمل.

مرحلة التنفيذ: ويتم فيها العمل على أرض الواقع وهي مرحلة الانتقال الفعلي.

مرحلة التحسين المستمر: وفيها يتم الاستفادة من البرنامج لتطوير العمل ولتطبيقه في أماكن أخرى.

I- أسس بناء البرنامج: وتتضمن ما يلي:

I-1- التزام الإدارة بتطبيق برنامج تحسين الجودة: إن تبني والتزام ودعم الإدارة العليا أمر أساسي

لإنجاح هذه البرامج، وقد يكون هذا الالتزام الأكثر أهمية، فالجودة عن طريق النصح ستكون لفترة قصيرة وستتضمن الفشل، أما الجودة التي ينبغي السعي لتطبيقها فلا بد أن تكون مصممة لتكون طويلة الأمد وبالتالي فهي تتطلب أكثر من مجرد الاهتمام، فلا يكفي أن يؤكد المدير لموظفيه اهتمامه بها، فحين تكون الجودة مجرد كلمات ونوايا طيبة، فإن الموظفين سيفعلون الشيء نفسه، أما حين يقوم المدير بتعلم الجودة وتطبيقها فإن ذلك سيؤكد الالتزام بها ومنحها الأولوية، وعلى الإدارة المبادرة إلى المشاركة العملية من خلال تصميم آلية الجودة، وتنعكس جدية الإدارة بالنسبة للجودة بترجمتها إلى سياسات وإجراءات ومتابعة العمل والتطبيق على جميع المستويات، وإن وضع رسالة المستشفى ورؤيته التي تضمن التزامه بالجودة كنمط إداري، يعتبر دليلاً واضحاً على مدى الجدية في تطبيق الجودة، فللحصول على أكثر فاعلية على المدى الطويل لابد من تشكيل فريق عمل على أعلى مستوى إداري يهتم بالتجسيد.

I-2- تحليل الوضع الراهن: يتم إجراء مراجعة تمهيدية للمستشفى لوضع وصف عام للنظام القائم فيه، ويمكن لهذا التحليل الأولي أن يشمل:

- تقييم جودة الخدمة المقدمة حالياً من وجهة نظر مقدم الخدمة ومتلقيها.
- دراسة الهيكل التنظيمي للمستشفى، وتحديد ملاءمة وسائل الاتصال بين العاملين والإدارة، ومعرفة في أي مصلحة يمكن أن يبدأ برنامج تحقيق وضمان الجودة الآن وفي أي منها ينبغي أن يتم استخدامه فيما بعد.
- مراجعة القواعد والمعايير الطبية والإدارية في المجال الصحي الموضوعة مسبقا، وفيما إذا كانت هذه المعايير صحيحة تقنياً ومكتملة وحديثة ومتاحة للموظفين، ومناسبة للظروف.
- مراجعة نظام الإشراف والأنشطة الإدارية المصاحبة لتحديد أنواع ضمان الخدمة الموجود في المستشفى، ولتحديد المشاكل التي يواجهها المشرفون على النظام ومقدرتهم على حلها.
- دراسة نظام المعلومات، لمعرفة مدى مصداقية المؤشرات التي تراقب حاليا، ومدى حساسيتها وخصوصيتها وموثوقيتها.
- مراجعة القدرة الحالية للمستشفى على توفير التدريب وإمكانية تنفيذه بمراعاة الميزانية المخصصة لذلك، وتحديد ما إذا كان هناك حاجة للمساعدة من خارج المستشفى بأشخاص لديهم معرفة ومهارة في الجودة.
- دراسة مدى كفاية المرافق والموارد.

I-3- وضع الأهداف العامة لبرنامج الجودة: إن تقديم خدمات مثلى للمرضى في حدود الإمكانات المتاحة ومتوافقة مع أهداف المستشفى هي الهدف الأساسي للعمل فيه ويجب أن يتم وضع مجموعة من الأهداف مثلا:

- تقييم أداء المستشفى للتأكد من جودة الخدمات المقدمة وأن ممارسات العناية بالمرضى والأداء الوظيفي يتم تقييمها بانتظام ودقة وفعالية باستخدام معايير معتمدة وأن النتائج ترفع ويتخذ اللازم بصددها.
- التأكد من أن العناية بالمرضى تتناسب مع متطلباتهم وأنها تقدم في الوقت اللازم وأنها الأمثل مقارنة مع الإمكانات المتاحة وتتوافق مع الأهداف الموضوعة، وأنه يتم توثيقها بطريقة صحيحة لضمان تقديم مستوى أمثل من الخدمات الصحية في كل أقسام المستشفى.
- التحكم في جودة الأداء في كل مجالات العمل.
- التأكد من أن ظروف العمل آمنة في كل مراحل تقديم الخدمة بما يحقق سلامة المرضى والعاملين والزوار.
- التأكد من أن طرق ونظم وإجراءات العناية بالمرضى يتم تقديمها بفعالية وكفاءة.
- التأكد من كفاءة العاملين على خدمة المرضى وأن الخدمات الصحية تقدم بطريقة منظمة وأنه توجد قنوات واضحة للملاحظة والمراقبة والإشراف وأن المسؤوليات واضحة ومحددة.

I-4- تحديد مجال عمل برنامج الجودة: إن تحديد الإطار الزماني والمكاني لأي نشاط أو عمل له أهميته في نجاحه، وتأخذ هذه الصفة أهمية مضاعفة في برامج الجودة، لأنها من صميم عمل الجودة أولا، ولأن الناس يتطلعون لمعرفة نتائج هذه البرامج، وقد يكون من المفيد أن يحدد كل قسم أو مصلحة مجال الخدمة أو الرعاية المقدمة أو الأعمال التي يقوم بها ومجال تقاطعها والعلاقة مع الأقسام الأخرى.

I-5- التخطيط: ويتطلب برنامج تحقيق الجودة تخطيطا متأنيا، فعلى الفريق الذي ينفذ هذا الجهد أن يحدد الموارد الضرورية والإطار الزمني، كما ينبغي أن يقرر من سيكون مسؤولاً عن كل جانب من الجهد، يبدأ التخطيط بمراجعة مجال الرعاية الذي يقدمه المستشفى لتحديد الخدمات التي ينبغي أن يركز عليها، وقد يكون صعبا تحسين الجودة في جميع المجالات في وقت واحد، ولهذا يتم اللجوء في البدء بالتحسين في بعض المجالات الحساسة، واعتبارها مجالات ذات أولوية مثل الإسعاف والطوارئ والعناية المركزة، والصيدلية والمخبر أو الأقسام التي تواجه بعض المشاكل، وبعد أن يحدد مسؤولو المستشفى مكان بدء برنامج الجودة، يمكنهم أن يركزوا مثلاً على (النتائج المرجوة أو الخدمات ذات الحساسية أو الخدمات المؤدية لتكوين سمعة جيدة للمستشفى).

I-6- تحديد الجهة المسؤولة عن برنامج الجودة: ينبغي أن يكون برنامج الجودة محط تركيز رئيسي في تنظيم المستشفى، ولضمان الاستمرارية ينبغي أن يتم تحديد المسؤولين عن هذا البرامج سواء كانوا أفراداً أم فرق عمل، ويكون كل رئيس مصلحة مسؤول عن أنشطة هذا البرنامج في

مصلحته، ومن الأفضل أن يتولى مجلس الإدارة في المستشفى أو المدير إجازة تطبيق برنامج الجودة، ولتوفير التنسيق اللازم لهذا البرنامج في جميع الأقسام يتم تفويض رؤساء الأقسام لتنفيذ برنامج الجودة داخل أقسامهم، ويتولى مسؤولية تطبيقه المجلس الطبي أو الإداري حسب الاختصاص.

I-7- تحديد معايير الأداء ومؤشرات النجاح (مؤشرات الوصول إلى أهداف العمل): بأن يتم تحديد آلية قياس المخرجات وبالتالي يتم تحديد نتائج العمل بالأرقام مثلا، وهذا يفيد القائمين بتعريفهم بآلية سير العمل ونتائجه، ويفيدهم في تقديم نتائج ملموسة للإدارة، ويفيد في تعريف العاملين بإنجازات برنامج الجودة، بالإضافة إلى تحديد المعايير والمواصفات السريرية لتقديم العناية، ويستخدم حاليا المستشفى محل الدراسة مؤشرات موضوعة من قبل الوزارة: معدل الدوران على السرير، نسبة شغل الأسرة، متوسط الإقامة... ويمكن إضافة معايير جديدة.

I-8- تهيئة الموارد اللازمة: يحتاج البرنامج عادة إلى موارد أولية لتمويل عمليات التدريب ونفقات أخرى، وفي حين أن فريق موظفي برنامج الجودة قد يكون هو فريق الإدارة القائم، فإن هذا البرنامج بحاجة إلى موارد مخصصة تحديدا لأنشطة جديدة، فقد يتم تخصيص عنوان جديد مثلا في الميزانية العمومية في جانب النفقات، يخص هذا العمل أو زيادة مثلا نفقات التكوين...

II- الإعداد لبناء البرنامج: يتضمن الإعداد للبرنامج العناصر التالية:

II-1- اختيار فريق العمل: يتكون فريق الجودة من مختلف الفئات المهنية كل حسب تخصصه، فعندما يكون التوجه لتطوير الخدمات الإدارية يتم اختيار مديرين من الوظائف الإدارية الذين لديهم الصلاحيات لاتخاذ القرارات المناسبة، أما إذا كان توجه لتحسين الخدمات الطبية فإن ذلك يتطلب مشاركة رؤساء المصالح الطبية والأخصائيين على مستوى كل مصلحة، ويمكن الاستعانة باستشاريين خارجيين.

II-2- إعداد خطة عمل: يقوم فريق الجودة بإعداد خطة عمل، وهي تصف أهداف البرنامج ومداه، وتحدد خطوط المسؤولية والسلطة، وتطرح استراتيجيات للتطبيق، يتم الرجوع إليها، وتتألف بشكل خاص من:

- أدوات القياس وطرق الحصول على البيانات.
- تحليل المعلومات.
- النتائج المتوقعة.
- التحسين المتوقع.

وتشمل خطة العمل جداول زمنية خاصة بتنفيذ الأنشطة والمسؤولين عنها.د

II-3- تهيئة بيئة العمل لتطبيق البرنامج: تشمل نشر مفهوم الجودة وتثقيف العاملين وتدريبهم في مكان تطبيق برنامج الجودة ، وكذلك فقد تتضمن وضع هياكل تنظيمية أو إجراءات أو أدلة عمل أو وصف وظيفي...

III- مرحلة تنفيذ البرنامج: هذا هي المرحلة العملية من برنامج الجودة والتي يتم فيها العمل على أرض الواقع، بمعنى أنه يتم التعامل مع معطيات ملموسة مثل الوقت والمواد ونتائج العمل..، ويتم تحديد احتياجات المستفيدين من الخدمة والعوامل المحددة لرضاهم من خلال الاستبيان، وهذا الإجراء تتبعه عدة مستشفيات، وإن كان المستشفى يستخدم سجلات اقتراحات على مستوى المصالح الطبية إلا أنها لا تؤخذ بعين الاعتبار وينبغي تطويرها حول: العلاج الذي يقدم لهم، وجودة التعامل مع الأطباء والممرضين، والأقسام المساعدة كالدخول والتغذية والفندقة والنظافة... وتجمع المعلومات ويتم تحليلها، واستخلاص النتائج التي تشير إلى مدى قناعة أو رضى المرضى والمراجعين حول العلاج والخدمات المقدمة لهم، وتحديد ملاحظاتهم حول أوجه القصور في هذا الجوانب، ثم ترفع النتائج للإدارة العليا أو فريق الجودة لاتخاذ الإجراء اللازم ومعالجة أوجه القصور.

III-1- وضع أهداف البرنامج: بعد تحديد الهدف العام في مرحلة سابقة يحدد في هذا الخطوة هدف البرنامج في القسم المختار أو مجال العمل، ويجب أن يكون الهدف واضحاً يمكن كتابته والرجوع إليه دائماً، وتنبع أهمية هذا الخطوة من كونها تشكل دليلاً للعمل يرجع إليه فريق العمل عند ظهور اختلاف في وجهات النظر، أو أثناء العمل على مراحل المشروع، وأثناء التقييم...

III-2- اعتماد نظام المعلومات والوثائق اللازمة لتطبيق البرنامج: يستخدم المستشفى نظام معلومات يخص بعض الأقسام فقط، لذا يجب دراسة إمكانية استخدام المعلومات الحالية لدعم برنامج لضمان الجودة وإمكانية تطوير نظام معلومات محوسب ومتطور لجميع المصالح، للحصول على الوثائق اللازمة والمعايير وأدلة العمل وإجراءات العمل وسهولة الحصول على السجلات الطبية، تقارير الأمن والسلامة (الطوارئ، الإصابات، المخاطر، الحوادث...)، ويطلب من الأقسام والإدارات والخدمات السريرية ملء وإعداد تقارير واستمارات وتقارير مصممة للعمل بالبرنامج تعكس تفاصيل جهودهم خلال الشهر مثلاً فيما يتعلق بالإشراف والتقييم، وتحدد تلك التقارير نوعية المعلومات التي تمت دراستها ونتائج التقييم والإجراءات التي اتخذت وإجراءات المتابعة ويتم إرفاق الدراسات عند إجرائها مع موجز لها ويقوم كل قسم بتسليم تلك التقارير إلى مدير الجودة.

III-3- تنفيذ البرنامج: ويتم تنفيذ البرنامج باختيار أسهل وأنسب الطرق من قبل فريق الجودة.

III-4- الإشراف على البرنامج من قبل الإدارة وتقييمها باستمرار: والهدف من ذلك هو عرض نتائج العمل للإدارة وإيضاح نسبة الإنجاز لتحقيق الهدف الرئيسي، والأنشطة الرئيسية للبرنامج وكذلك الإجراءات والقرارات المتخذة من أجل تقييم مدى فاعليتها وكفاءتها وإعادة النظر في خطة العمل عند الحاجة لذلك، ويتطلب ذلك توثيق دقيق للعمل منذ بدايته وكتابة التقرير النهائي وتبليغ النتائج للإدارة المعنية.

IV-مرحلة التحسين المستمر: وتشتمل على:

IV-1- نشر الخبرات المكتسبة: إن تطوير إستراتيجية لنشر الخبرات المكتسبة من البرنامج ومشاركتها مع الآخرين داخل المستشفى وخارجه، يعتبر أحد الأساليب الفعّالة للمشاركة، ويفيد في:

- تشجيع روح المبادرة في العمل لدى الأشخاص ولدى فرق العمل في المستشفى.
- تسريع عملية التعلم عن البرنامج عن طريق توفير المعلومات اللازمة.
- تعزيز النجاح وتشجيع الحوار والإبداع في البرنامج.
- توثيق جهود ضمان الجودة المحققة من قبل فرق العمل من خلال نشر المعلومات والخبرات.

IV-2- تعزيز برنامج الجودة ودعم الأنظمة الإدارية الأساسية: الغاية من هذه الخطوة هي ضمان استمرارية البرنامج بنفس مستوى الأداء أو أعلى ويجب التركيز بشكل محدد على: الإشراف، التدريب، المعلومات، القيام بجولات تفتيشية بصورة دورية ومفاجئة على الأقسام الطبية أو الإدارية بهدف التأكد من سلامة سير العمل في هذه الأقسام، والقيام بجهود خاصة لتقوية هذه الأنظمة وتدعيمها مع تطور برنامج الجودة.

IV-3- تعميم نظام للتحسين المستمر: هذه هي النتيجة النهائية لمشروع تحسين الأداء على مستوى المستشفى، وهو الكفيل بضمان الاستمرار في عملية تحسين الأداء والتي ستصبح مع الوقت جزء من العمل الروتيني في كل أقسام المستشفى.

-التعرف على مقاومة التغيير: باعتبار أن هذا البرنامج سيجري مجموعة من التغييرات على مجالات عدة فمن المحتمل نشوء مقاومة خاصة على المستوى الداخلي، وهذا ما يجب توقعه من البداية، لذلك على الإدارة وفريق الجودة من التأكد من أن التغييرات المحددة تستحق الجهد وأنها محتمة ويجب شرح الأفكار الجديدة للعاملين، وشرح نتائجها وتعريفهم بالحاجة إليها، وتوفير المعلومات الكافية عن التغيير عن طريق نظام معلومات وبيانات دقيقة مثل أهدافه وتأثيرها على العمل والعاملين، محاولة إشراك الجميع خاصة الذين يتوقع تأثرهم بالتغيير، اختيار التوقيت المناسب لإجراء التغيير...

خلاصة الفصل:

رغم الإصلاحات العديدة التي عرفتها المنظومة الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، نجد أن المؤسسة الصحية الجزائرية لم تصل إلى المستوى المطلوب، إذ نجدها بعيدة كل البعد عن معاني الجودة والأداء الفعال رغم الهياكل والكفاءات المتوفرة والميزانيات الضخمة التي تصرف في ذلك، لأسباب عديدة أهمها سوء التسيير في هذا القطاع، ومنه بالضرورة غياب الإدارة وثقافة الجودة، وقد أوضحت نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت في مستشفى بشير بن ناصر بعض النتائج كان أهمها:

- أهمية الخدمات التي يقدمها المستشفى على مستوى مدينة بسكرة وكذا على مستوى الولاية.
- يتولى إدارة المستشفى مدير الذي يرأس مجلس الإدارة و ويساعده جهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.
- تشكل نفقات الموارد البشرية أكبر نسبة من نفقات المستشفى.
- قلة الأجور والمكافآت ونقص كبير في عدد الأفراد المكونين، كما يشكل هذا العنوان نسبة ضعيفة جدا من ميزانية المستشفى.
- إجماع جميع العاملين على قدرة المستشفى على منافسة القطاع الخاص، واقتناعهم أن مستوى الخدمات المقدمة يحتاج إلى تحسين.
- وجود رغبة بين الموظفين في تحسين أدائهم.
- غياب ثقافة التغيير لدى أغلب الموظفين.
- رغم وضوح مفهوم التغيير لدى الإدارة إلا أنه يبقى مقيد باللوائح والمراسيم الوزارية.
- عدم وضوح أهمية وضرورة تطبيق النظام التعاقدي لدى أغلب الموظفين وعملاء المستشفى.
- عدم وضوح مفهوم الجودة ومعاييرها لدى أغلب الموظفين بمختلف تخصصاتهم.
- لا توجد معايير متبعة لتقديم الخدمات الصحية، لأن التسيير في المؤسسات الصحية العمومية هو تسيير مركزي والميزانيات فيه مخططة، وهذا يعيق محاولات الارتقاء بالجودة.
- اعتقاد الإدارة بأن تطبيق النظام التعاقدي يمنح المستشفى الاستقلالية في التسيير وبالتالي التحكم في التكاليف والوصول إلى الجودة.
- تدني مستوى الجودة المقدمة من وجهة نظر عملاء المستشفى، والشكاوى اليومية التي يتعرض لها، لعدة أسباب أهمها قدم مبنى المستشفى، نقص في الأجهزة الطبية اللازمة وعدم استخدام أجهزة متطورة تتماشى مع التطور الذي يعرفه المجال الطبي، وإن وجدت فهي غير مستغلة لعدم معرفة كيفية استعمالها، رغم توفر بعض المصالح الجراحية بالمستشفى إلا أنه يعرف نقصا في التخصصات وفي الأطباء الأخصائيين، إضافة إلى قلة المعارف لدى العاملين للإجابة عن أسئلة المرضى وتباطؤ الرد على شكاويهم واستفساراتهم...

الخاتمة

تضطلع المؤسسات الصحية بمهام وأعباء كثيرة وكبيرة ومعقدة، الأمر الذي يجعلها في طليعة المؤسسات التي تحتاج إلى إدارات كفوءة متمرسة نظرا لاحتكاكها المباشر مع المواطن (ذات نشاط حرج)، فضلا عن تداولها المستمر والكبير لشتى أصناف الأدوية والعلاجات المختلفة، واستهلاكها لأموال كبيرة وأجهزة طبية وخدمية على مدار السنة لكونها تقدم خدماتها للمواطن بشكل يومي ومتواصل.

إن المحيط الذي تتواجد فيه المؤسسات الصحية الجزائرية والضغوط التي تعرفها، يفرض عليها الاهتمام بتحسين جودة خدماتها، مما يمكنها من التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات والإمكانيات ومن ثم التخلص منها، كما تمنح الصلاحيات للعاملين وتحثهم على المشاركة ودفعهم إلى التطوير والإبداع وبالتالي النجاح وتوفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة للعملاء.

إن وجود الجودة في المؤسسات الصحية بالاعتماد على استراتيجيات وأساليب إدارة التغيير ضرورة لابد منها، وهذا ما يثبت الفرضية الأولى أن تبني المؤسسات الصحية إدارة التغيير الناجحة ضروري للوصول إلى الجودة في الخدمات، وذلك لتحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة، لتحقيق الهدف الذي تسعى من أجله أغلب المؤسسات لاسيما الخاصة منها وهو الربح وإمكانية البقاء والاستمرار، وسعيا وراء الحصول على المزيد من الرضى لزبائنها من مرضى ومراجعين وذويهم وزيادة ولائهم من جهة، ووفاء لوجودها وأهدافها الإنسانية والاجتماعية من جهة ثانية وهذا ما يسعى إليه الجميع.

من خلال هذا الدراسة والواقع الذي تعيشه مؤسساتنا الصحية ضمن الإصلاحات التي بدأتها الحكومة منذ سنوات، فإن نتائجها لم ترق إلى رضى المواطنين ولا المسؤولين على المستوى الوطني، ولا الهيئات الدولية، فبدون تأييد قوي لثقافة الجودة والجودة الشاملة التي تعتبر أهم إستراتيجية في التغيير للحصول على الجودة، لا يمكن للمؤسسات الصحية من الوصول إلى الخدمة التي ترضي الزبائن وتسمح لها بالاستمرار، وانطلاقا من هذا الوضعية فإنه لا يمكن في الوقت الراهن الكلام عن نظرية الجودة أو عن إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي العمومي بالجزائر، ومما يعيق ذلك نقص التدريب والتكوين، قصور في فهم معنى الجودة في الخدمات الصحية وإدارة الجودة الشاملة، ومن أين يبدأ تطبيقها وإلى أين ينتهي، ضعف عملية الاتصال بين من يخطط ومن ينفذ، غياب مفهوم تسويق الخدمات الصحية، نقص التوعية والتحسيس بأن العمل بأسلوب فريق واحد والتعاون الجماعي يسهل العمل ويزيد من جودته، صغر حجم الميزانيات والديون السنوية التي تعاني منها أغلب المؤسسات العمومية من بينها الصحية، ولعل أهم ما يعيق ذلك هو غياب ثقافة التغيير، فالثقافة السائدة لا تشجع على التغيير الذي يؤدي إلى الجودة، وصعوبة

تسويق هذا المفهوم بين العاملين، كما أن نمط السلطة في هذه المؤسسات لا يسمح للعاملين فيها بالمشاركة بإبداء الرأي أو اقتراح تغيير الكيفية التي يتم بها أداء العمل، وعدم وجود استقلالية في تسيير المؤسسات الصحية العمومية وارتباط أغلب أو أهم القرارات(قرارات التعديل والتغيير) بوزارة الصحة، لذا لا يمكن لإدارة المؤسسة الصحية بمبادرة جل التغييرات بالشكل الواضح دون صدور لوائح وقوانين من الوزارة، إضافة إلى ندرة الكوادر البشرية المؤهلة في هذا المجال والقادرة على قيادة برامج تحسين الجودة، مع قلة المخصصات المالية حيث أنه بالرغم من أن تحسين الجودة يحد من العادم في الموارد ويزيد مردود الخدمة على المدى البعيد إلا أن بداية التطبيق يحتاج إلى دعم البنية التحتية، وربما يحتاج الأمر إلى دعم سياسي قوي، وتوفير نموذج عملي مطبق وناجح يمكن تعميمه.

وقد أكدت الدراسة الميدانية بمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة صحة الفرضية الثانية أن التغيير الثقافي نحو الجودة هو أهم ضمان للحصول على خدمة ذات جودة عالية، فمن خلال تحليل نتائج الاستمارة الموجهة للموظفين وبعض المقابلات معهم ومع مدير المستشفى كانت أهم النتائج:

- يشكل غياب ثقافة التغيير عائقا للوصول إلى الجودة.
- عدم وضوح مفهوم الجودة ومعاييرها لدى جميع الموظفين بمختلف تخصصاتهم وهو ما يعتبر مؤشر سلبي في الثقافة السائدة.
- غياب مفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى أغلبية الموظفين خاصة الهيئة الطبية.
- الاقتناع بضرورة تحقيق الجودة والشعور بأنها مسؤولية مشتركة بين جميع العاملين(مؤشر إيجابي على تحفيز العاملين للوصول لذلك).
- وجود الرغبة الداخلية في تحسين الأداء وبالتالي تحسين مستوى الخدمة.
- عدم اهتمام المستشفى بأهمية الإجراءات المتبعة لقياس رضى المرضى وتقديم مقترحاتهم وغياب الثقافة لدى المرضى وذويهم بهذه الإجراءات.
- عدم وضوح وفهم أهمية وأهداف وضرورة تطبيق النظام التعاقدي لدى أغلب الموظفين وعملاء المستشفى واعتقادهم بعدم جدواه لعدة مشاكل سيواجهها هذا التطبيق خاصة لعدم الاستعداد لذلك من جميع النواحي.
- إن كانت المقاومة التي تحدث ليس لها أثر كبير جدا، فهي غالبا ما تدل على عدم فهم أسباب وأهداف التغيير.
- وجود اقتناع لدى الإدارة بضرورة إجراء التغييرات اللازمة لتحسين الجودة، من أهم المؤشرات للالتزام بتحسين الجودة.
- اعتقاد الإدارة بأن تطبيق النظام التعاقدي هو أفضل بديل لإعطاء المستشفى الاستقلالية في التسيير وبالتالي التحكم في التكاليف والوصول إلى الجودة.

- أغلب قرارات التغيير مفروضة من الوزارة، إلا في حدود الصلاحية الممنوحة قانونا لمدير المستشفى.
- نقص كبير في عدد الأفراد المكونين خاصة لدى الأطباء الذين يعتبرون الأقرب لحالة المريض ومتطلباته، كما يشكل هذا العنوان نسبة ضعيفة جدا من ميزانية المستشفى.
- رغم أن جميع العاملين أجمعوا على قدرة المستشفى على منافسة القطاع الخاص، إلا أنهم يرون أن مستوى الخدمات المقدمة يحتاج إلى تحسين.
- قلة الأجور والمكافآت التي تؤثر سلبا على أداء العاملين.
- استياء الأطباء وشبه الطبيين من نقص في اليد العاملة، والتجهيزات، وعدم اهتمام الإدارة.
- ضعف الاتصال الأفقي والعمودي، وبين الإدارة والتقنيين وصعوبة وصول المعلومات.

أما الفرضية المتعلقة بأن المرضى راضين عن مستوى جودة الخدمات المقدمة فقد نفتها الدراسة، فبالرغم من اقتناع الإدارة والموظفين بأن جودة الخدمة المقدمة بالمستشفى يعتبر مقبولا، إلا أن هذا المستوى لم يرضي المستفيدين إلى حد ما، فقد قيموا هذا المستوى بأقل من المتوسط أو بالمتدني إذ حصل المتوسط الإجمالي لتقييم الخدمة على ***2,85***، فمن خلال نتائج الاستمارة المقدمة للمرضى وسؤال بعض الزوار، ومن خلال ملاحظاتنا كانت النتائج كما يلي:

- عدم وفرة المعارف لدى العاملين للإجابة عن جميع الأسئلة التي يطرحها المرضى وتباطؤ الرد على شكاويهم واستفساراتهم.
- لا يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- عدم إخبار المريض بالوقت الصحيح لتأدية الخدمة.
- نقص في التخصصات الطبية الموجودة بالمستشفى وفي الأطباء المتخصصين.
- ومن حيث الاستقبال لاحظنا قلة كراسي الانتظار، المشادات اليومية بين عمال الأمن والمرضى أو ذويهم، خاصة بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية التي تعرف يوميا هذا المظاهر بين المواطنين والطاقم التقني المشكل للمصلحة، فهي في الغالب تعبر عن صورة من صور الغضب تجاه الخدمات الصحية المقدمة والتي يراها متلقوها دون المستوى.
- قدم مبنى المستشفى.
- عدم توفر جميع الأجهزة الطبية اللازمة وقدم بعضها مما يؤدي لعدم القدرة على تأدية مهام طبية تتطلب إمكانيات أكثر وهو ما نلحظه من خلال التحويلات نحو الهياكل الاستشفائية الأكثر تخصصا سواء كانت مراكز استشفائية جامعية أو هيئات استشفائية متخصصة، والذي بلغ حوالي 104 تحويلا لسنة 2006، ومن جانب آخر وجود بعض الأجهزة الحديثة لم تستغل بعد لعدم توفر المعرفة اللازمة لكيفية استعمالها.
- قلة النظافة في محيط المستشفى.

- استياء بعض المرضى المقيمين من رداءة وعدم كفاية الوجبة الغذائية المقدمة رغم زيادة سعر يوم الإطعام.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها وإجابة على الإشكالية المطروحة يمكننا تقديم مجموعة من الاقتراحات لتجسيد بعض التغييرات التي نرى أنها تسهم في تحسين جودة الخدمات في مستشفى بشير بن ناصر بصفة خاصة وفي المؤسسة العمومية الصحية بصفة عامة، التي يكون تطبيقها على المستويين: المستوى الأعلى(الوزارة)، ومستوى المستشفى ونلخصها في النقاط التالية:

- إعادة النظر في أهداف وأسلوب إدارة المستشفيات، وتطبيق نظام إدارة الأعمال مما يساعد على تطوير خدماتها وزيادة إسهامها في النشاط الصحي.
- إعطاء المزيد من الاستقلالية المالية والتسييرية للمستشفى، وإدخال المناهج العلمية في التسيير والاستغلال الأمثل للصلاحيات الممنوحة للمدير وعدم إلقاء اللوم على القيود المفروضة.
- إنشاء قسم لإدارة الجودة على مستوى جميع المؤسسات ضمن الهيكل التنظيمي لها، على أن توكل لإدارة مختصة يكون موقعها في المستوى الأعلى للهيكل التنظيمي للوزارة والاستفادة من تجارب بعض الدول.
- قيام الجهات المعنية بوضع المعايير والمؤشرات القياسية المناسبة واللازمة لتحسين كفاءة وفعالية وجودة الخدمات الصحية في كافة هياكل الخدمات الصحية لديها والربط بينها، بإصدار دليل للجودة يوضح المعايير والمقاييس لجميع النشاطات والمهام الإدارية والفنية والطبية.
- الدعم الكامل من قبل الإدارة العليا للسعي من أجل تطبيق الجودة مع متابعة تطبيقها والتشجيع على ذلك.
- القيام بدورات تدريبية وملتقيات وأيام دراسية من طرف المؤسسات الصحية لتحسيس المستخدمين بمدى أهمية الجودة والجودة الشاملة وأساليب تطبيقها، وإدخال ثقافة التغيير وثقافة الجودة في أذهانهم، وتكثيف حملات التوعية والتحسيس بأهمية العمل والتعاون بأسلوب الفريق الواحد لرفع من مستوى الخدمات الصحية وسهولة أداء المهام.
- تخصيص مبالغ هامة للتكوين، برفع حصته في ميزانية النفقات، واختيار مواضيعه حسب واقع ومعطيات المستشفى.
- تنمية لغة حوار متبادلة بين الجهاز الإداري والتقني(الطبي وشبه الطبي) عن طريق:
  - تكوين المديرين بإدخال مواد متعلقة بتقنيات العمل الطبي وشبه الطبي من أجل فهم ومعايشة واقع هذا العمل.
  - تكوين التقنيين في معطيات الإدارة وقوانينها.

- إدخال فكرة التعامل التكاملي بين الإدارة والتقني.

- خلق وسائل اتصال جيدة بين المدير ومعاونيه، وبين الإدارة والجهاز التقني.
- إعادة النظر في توزيع نفقات المستشفى بما يتماشى وتطبيق إدارة الجودة فيه، وإيجاد مصادر جديدة للتمويل، لأن تحقيق الجودة يتطلب ميزانية ضخمة.
- دراسة العوامل المؤثرة على تطبيق الجودة في المستشفى، مع التركيز على معرفة طرق علاجها وكيفية إيجاد حلول لها.
- إنشاء خلايا لمراقبة الجودة أي ما يسمى بحلقات الجودة، مشكلة من مختلف فئات المستخدمين لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول، ويستحسن أن تكون في كل مصلحة أو قسم في المستشفى ومشكلة من مختلف فئات المستخدمين.
- إعادة النظر في الأجور والحوافز المحددة بقوانين الوظيف العمومي، التي تعتبر من أهم معوقات التحسين والتي لم تعد تتماشى مع متطلبات المعيشة الحالية، وإدخال نظام للحوافز دون إهمال الحوافز المعنوية، وإبراز الإنجازات التي تحققت لتحسين جودة الخدمة، وترقية من يستلزم ترقيته.
- تطوير نظم معلومات في جميع المصالح والمكاتب والاستغلال الأمثل لأجهزة الحاسب الآلي.
- العمل الجاد على إزالة المعوقات التي تقف في طريق تطبيق النظام التعاقدي للاستفادة من المنافع الكثيرة المتوقعة من عملية التطبيق.
- تطبيق برامج للتوعية الصحية توضح لجميع الأفراد أهمية وضرورة تطبيق النظام التعاقدي.
- في غياب سياسة واضحة للمستشفى بتطبيق إدارة الجودة، يمكن الوصول إلى تطبيق هذا المفهوم(أو الاقتراب منه) بالتزام كل فرد بتطبيق تعاليم الدين الإسلامي لقوله تعالى: "وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون" وقوله صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه"، وتدعيم ذلك بعمليات الرقابة الصارمة واستخدام العقوبات والمكافآت.

وأخيرا نأمل أن نكون قد وفقنا في اختيار هذا الموضوع وعرضه بالشكل الملائم الذي يخدم الغرض المعد من أجله، وهو توضيح تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات الصحية، وهذا ما يعتبر إجابة عن إشكالية البحث، غير أنه كأي عمل بشري لا يمكن أن يخلو من النقص والأخطاء.

ونظرا لأهمية الموضوع يبقى المجال مفتوحا من أجل الإجابة على عدة تساؤلات تبقى مطروحة، والتي منها: ما مدى تأهيل المؤسسات الصحية الجزائرية للحصول على شهادة الإيزو في الخدمات الصحية أو شهادة الاعتماد، أومن جانب آخر ربط إدارة التغيير مع المفاهيم الحديثة كالمعرفة، التعليم الالكتروني...

المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية:

- الكتب:

1. أحمد حلمي جمعة وآخرون، ***أساسيات البحث العلمي***، دار الصفاء، عمان، 1999.
2. أحمد ماهر، ***التنظيم: الدليل العلمي لتصميم الهياكل والممارسات التنظيمية***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2005.
3. السيد عليوة، ***إدارة الأزمات في المستشفيات***، ايتراك، القاهرة، 2001.
4. أندرو دي سيزلاقي، مارك جي والاس، ***السلوك التنظيمي والأداء***، ترجمة جعفر أبو قاسم أحمد، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1991.
5. بشير صالح الرشيدي، ***مناهج البحث التربوي***، رؤية تطبيقية مبسطة، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2000.
6. تشارلز وجاريث جونز، ***الإدارة الاستراتيجية***، ترجمة رفاعي محمد رفاعي ومحمد السيد عبد المتعال، ج1، دار المريخ، السعودية، 2004.
7. ثامر ياسر البكري، ***إدارة المستشفيات***، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
8. جلال أحمد حسن، ***دراسات في التنمية والتكامل العربي***، مركز دراسات الوحدة العربية، 1982.
9. جمال الدين لعويسات، ***إدارة الجودة الشاملة***، دار هومة، الجزائر، 2003.
10. جون فرانسوا، ***الصحة استهلاك أو استثمار***، إكونوميكا، لبنان، 1981.
11. حسان محمد نذير حرستاني، ***إدارة المستشفيات***، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990.
12. حسن إبراهيم بلوط، ***المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات***، دار النهضة العربية، لبنان، 2005.
13. حسين حريم، ***إدارة المنظمات***، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
14. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، ***إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي***، مكتبة الملك فهد، الرياض، 1997.
15. خضير كاظم محمود، ***السلوك التنظيمي***، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2002.
16. خضير كاظم محمود وخليل محمد حسن الشماع، ***نظرية المنظمة***، دار المسيرة، الأردن، 2000.

17. دانا جاينز روبنسون، جيمس روبنسون، ***التغيير. أدوات تحويل الأفكار إلى نتائج***، تعريب إصدارات بميك، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2004.

18. دومينيك سلفادور، ***الإحصاء والاقتصاد القياسي***، ترجمة سعدية حافظ منتصر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993.

19. راوية حسن، ***السلوك في المنظمات***، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2001.

20. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، ***مناهج وأساليب البحث العلمي -النظرية والتطبيقية-***، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.

21. رعد حسن الصرن، ***صناعة التنمية الإدارية في القرن الحادي والعشرين***، دار الرضا للنشر، دمشق، 2002.

22. سامي ملحم، ***مناهج البحث في التربية وعلم النفس***، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2000.

23. ستيفن كوهين، دونالد براند، ***إدارة الجودة الكلية في المنظمة***، ترجمة عبد الرحمن بن أحمد هيجان، الإدارة العامة للبحوث، الرياض، 1997.

24. سعيد محمد المصري، ***التنظيم والإدارة***، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 1999.

25. سعيد يس عامر، ***الإدارة وتحديات التغيير***، مركز وايد سيرفيس للاستشارات والتطوير، القاهرة، 2001.

26. سمير عبد العزيز، ***اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 و10011***، دار الإشعاع، مصر، 2000.

27. سيد الهواري، ***منظمة القرن الواحد والعشرين منهج تطوير الشركات والمؤسسات للعبور إلى القرن الواحد والعشرين***، دار الجيل للطباعة، مصر، 1998.

28. طلال بن عايد الأحمدي، ***إدارة الرعاية الصحية***، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004.

29. طلعت إبراهيم لطفي، ***أساليب وأدوات البحث الاجتماعي***، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 1995.

30. طلعت الدمرداش إبراهيم، ***اقتصاديات الخدمات الصحية***، مكتبة القدس، مصر، ط2 2006.

31. عبد العزيز بن حبيب الله نياز، ***جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي***، وزارة الصحة، الرياض، 2005.

32. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، ***الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات***، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003.

33. عدنان كريم نجم الدين، ***سلسلة 250 سؤال وجواب في الاقتصاد والإدارة***، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 2000.

34. علي السلمي، ***إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للأيزو***، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 1999.

35. علي السلمي، ***تطور الفكر التنظيمي***، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، د ت.

36. علي محمد منصور، ***مبادئ الإدارة: أسس ومفاهيم***، مجموعة النيل العربية، مصر، 1999.

37. فريد النجار، ***إدارة المستشفيات وشركات الأدوية***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004.

38. فوزي مدكور، ***تسويق الخدمات الصحية***، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.

39. محمد إسماعيل بلال، ***إدارة الموارد البشرية***، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2004.

40. محمد خزار، ***مبادئ الاقتصاد***، منشورات جامعة باتنة، الجزائر، 1996.

41. محمد شفيق، ***البحث العلمي – الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية***، المكتب الجامعي الحديث، 2001.

42. محمد فريد الصحن وآخرون، ***مبادئ الإدارة***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002/2001.

43. محمد قاسم القريوتي، ***نظرية المنظمة والتنظيم***، دار وائل للنشر، عمان، 2000.

44. مصطفى محمود أبو بكر، ***التنظيم الإداري في المنظمات المعاصرة***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003/2002.

45. نيجل كنج، نيل أندرسون ***إدارة أنشطة الابتكار والتغيير***، ترجمة محمود حسن حسني، دار المريخ، السعودية، 2004.

46. هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، ***النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية: المستشفيات***، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000.

47. هيوكوخ، ***إدارة الجودة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها***، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002.

-ندوات وملتقيات:

48. أحمد سيد مصطفى، ***نحو قيادة إبداعية لموارد بشرية*** - التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، التحديات، مصر، 2006.

49. الطيب ياسين وحوتية عمر، ***إعادة الهندسة كمدخل لتحقيق فعالية التسيير في المؤسسات العمومية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال للمؤسسات، جامعة المسيلة، 03-04/05/ 2005.

50. براق محمد، حوتية عمر، ***القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

51.بسيوني محمد البرادعي، ***تجربة وزارة الكهرباء والطاقة في الاكتشاف المبكر للقيادات المستقبلية بهدف إعدادها*** - التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2006.

52.بشير عباس محمود العلاق، ***قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر في التعرف على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية(حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة)***، التحديات المعاصرة للإدارة العربية(القيادة الإبداعية)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2006.

53.بلال أحمية، ***دور إدارة الابتكار والتطوير التكنولوجي في تأهيل المؤسسة الاقتصادية الجزائرية وتعزيز تنافسيتها***، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني حول التطورات التكنولوجية والمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، جامعة جيجل، 14-15/03/2006.

54.بلعور سليمان، مصيطفى عبد اللطيف، ***إعادة الهندسة مدخل للأداء المتميز***، مداخلة مقدمة في المؤتمر العالمي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 08-09/03/2005.

55.بلعجوز حسين، عزي محمد العربي، ***ثقافة المؤسسة وتأثيرها على الأداء العام للمؤسسة--دراسة في ظل مؤشرات الكفاية والفعالية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال في المؤسسات الاقتصادية، جامعة المسيلة 03-04/05/ 2005.

56.بن عيشاوي أحمد، ***إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الأداء الإداري للمنظمات***، مداخلة مقدمة في المؤتمر العالمي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 08-09/03/2005.

57.بوقلقول الهادي، سوامس رضوان، ***إدارة التغيير وتأثيرها على عملية الإبداع والابتكار في المؤسسة***، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

58.سناء عبد الكريم الخناق، ***دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في عمليات إدارة المعرفة***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات، المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات والاقتصاديات، جامعة بسكرة، 12-13/11/2005.

59.طلبة إدارة الصحة، الدفعة الثانية والثلاثون، ***نظام التعاقد في تمويل الصحة***، حلقة دراسية، المدرسة الوطنية للإدارة، 1998-1999.

60.عامر خضير حميد الكبيسي، ***الدور الاستراتيجي لإدارة الموارد البشرية في قيادة التغيير والتعامل مع مقاومته***، ورقة مقدمة في الملتقى السادس للغرفة التجارية الصناعية للمنطقة الشرقية بالتعاون مع الشركة السعودية للكهرباء، الرياض 16-17/01/2007.

61. عبد الفتاح بوخمخم، ***فعالية الدعم المعلوماتي في تسيير الموارد البشرية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي حول التسيير الفعال في المؤسسات الاقتصادية، جامعة المسيلة 03-04 /05/ 2005.

62. قاسمي كمال، ***إدارة التغيير: المنطلقات والأسس مع عرض لأهم الاستراتيجيات الحديثة للتغيير***، مداخلة مقدمة في المؤتمر العالمي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 08-2005/03/09.

63. ميلود تومي، ***إنتاج المعرفة لتعزيز تنافسية المؤسسة الاقتصادية***، مداخلة مقدمة في الملتقى الدولي الثالث حول تسيير المؤسسات،المعرفة الركيزة الجديدة والتحدي التنافسي للمؤسسات والاقتصاديات، جامعة بسكرة ، 12- 2005/11/13.

64. يوسف مسعداوي، كمال رزيق، ***إدارة التغيير في المؤسسات مع التركيز على المؤسسات الاقتصادية***، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، من 11/30 إلى 2004/12/01.

- مجلات علمية ودراسات أخرى:

65. بن لوصيف زين الدين، ***تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة***، أبحاث روسيكادا، جامعة سكيكدة، العدد 01، ديسمبر 2003.

66. نبيلة بوخبزة، ***الإنفاق الاجتماعي الصحي في الجزائر***، المجلة الجزائرية للاتصال، جامعة الجزائر، العدد 16، ديسمبر 1997.

67. صالح بن فالح عبد الله البلوي، ***اتجاهات العاملين نحو التغيير التنظيمي «دراسة مسحية على العاملين في هيئة الطيران المدني»*** دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، الرياض 2005.

68. مبارك بنيه ضامن العنزي، ***التغيير التنظيمي وعلاقته بأداء العاملين: دراسة مسحية على العاملين في إدارة مرور الرياض***، بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية، الرياض، 2004.

69. محمد بن عبد العزيز العميرة، ***علاقة الجودة بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض***، دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2003.

70. محمد رضا بالمختار، *نسق القيم وعقلانية الفاعلين في المنظمة*، رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1988.

71. نبيلة بوخبزة، *الأمن الاجتماعي الصحي في الجزائر*، المجلة الجزائرية للاتصال، جامعة الجزائر، العدد 16، 1997.

72. نبيلة بوخبزة، *الأمن الاجتماعي الصحي في الجزائر*، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر، 1995.

- الوثائق الرسمية:

73. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد الأول، الصادرة سنة 1966.

74. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الميثاق الوطني 1976.

75. المرسوم التنفيذي رقم 97-466، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997.

76. المرسوم التنفيذي رقم 07-140، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 19 ماي 2007.

77. وزارة الصحة والسكان، *تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري*، 1990.

- مقالات من الانترنت:

78. *إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية: مسؤولية مشتركة*، من موقع: http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b.htm.

79. *الإنجازات الراهنة والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها*، من موقع http://62.193.78.3/RC47/ArPA11b04.htm 2007.

80. زهير دياب، من موقع: www.taqhier.net.

81. سعد بن عبد الله العباد، مقال *جسور قيادية*، إدارة واقتصاد، موقع الإسلام اليوم 2002/10/24، من موقع www.islamtoday.net.

82. علي بن أحمد السبتي، *إدارة التغيير ومتطلبات التطوير التنظيمي*، http://www.alriyadh.com.

83. هدى سلمان الجهني، *أهمية مدخل التغيير*، مجلة المعلم، العدد 12، 1995، من موقع: http://www.almualem.net.

84. فاضل الصفار، *التغيير الإداري..كيف ولماذا*، مجلة النبأ، العدد57، 2001، من موقع http://www.annabaa.org.

باللغــة الأجنبيــة

Les ouvrages

85. Benoit GROUARD et Francis MESTON , ***L'ENTREPRISE EN MOUVEMENT***, Edition Dunod, Paris, 1998.

86. Claude Vilcot, Hervé Leclet, ***Indicateurs qualité en santé***, AFNOR, 2eme édition, 2006.

87. Faridah Djellal et autres***, L'hôpital innovateur de l'innovation médicale à l'innovation de service***, MASSON, Paris ;2004.

88. Hervé Leteurtre et autres, ***La qualité hospitalière***, ed Berger-Levrault, 2ed 1999.

89. Isabelle Sulklaper, ***formmer et motiver à la qualité***, ed weka, paris, 2000.

90. MOHAMED AMIR, ***l'histoire de la santé en algerie***, édition OPU, Alger.

91. MOSTAFA KHIATI, ***quelle santé les algériennes?*** édition Maghreb relation ,Alger, 1990.

92. Myriam HUBINO, **Management** ***des Unités de Soins: De l'Analyse Systémique à l'Evaluation de la Qualité,*** Edition De Boeck Université, Belgique, 2004.

93. Robert Heller, Gérer le changement, Mangopratique, Italie, 1999.

Journées d'études,séminaires:

94. Charles HONNORAT, Jacques BOUGET, ***La Démarche Qualité en Médecine***, Module "Apprentissage de l'exercice médical" 23 Février 2004.

95. Jocelyn HUSSER, ***Le management stratégique de la qualité hospitalier par l'encadrement intermédiaire,*** Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13-16 Juin 2006.

96. Ministre de la santé, ***séminaire sur le développement d'un système national de santé***, expérience algérienne. Alger 7-8/avril/1986.

Revues, recherches, études:

97. Alian COULOMB **,** ***Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé***, état des lieux et propositions, ANAES , France, juilier 2004.

98. Bouget Jacques, Honnorat Charles**,** ***Démarche qualité en médecine***, Module "Apprentissage de l'exercice médicale", Faculté de Médecine de Rennes, France, Mars 2004

99. Dominique Bertrand**,** ***Accréditation et qualité des soins hospitaliers***, adsp n35, France, juin 2001.

100. Etienne Minvielle*, **les politique d'amélioration de la qualité des soins de l'hôpital, quel fondement organisationnelle ?***, revue politique et management public, volume 17, n^{0} 4, décembre 1999.

101. Fatima zohra oufriha, ***quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité de fonctionnement de service de soins en algerie***, revue du cread, n°19, Alger, 1989.

102. Florence Douguet, Jorge Munoz, document de travail:***Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*****,** série études n^{0}48, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France, juin 2005.

103. M. ALIOUCHE Ferhat; ***LE MANAGEMENT DU CHANGEMENT***, revue des sciences Sociales et Humaines, n^0 9, université de Batna, janvier 2004.

104. Ministère de la santé, ***enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en algerie***, Alger, 1985-1988.

105. Ministère de la santé, ***rapport sur l'organisation du système de santé***, Alger, janvier 1999.

106. Patrice François, Jaque Rheaum, ***Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les*** **hôpitaux** ***du Québec***.

107. Raymond Colomb, ***cadre de référence et démarche opérationnelle pour l'implication d'un projet intégré de management de la qualité au centre hospitalier de Gaspé*** , Diplôme d'études supérieures, université Monterial, en QUEOPS,2001.

108. Youssef MAHYAOUI , ***Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins*** ,Doctorat le système de soins hospitalier, université Paris, 2003.

109. Yves Derenne, ***Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé,*** principes méthodologiques**,** ANDEM, France, Octobre 1996.

Les sites d'internet

110. Anne Cazanave et Marine Verly, ***du système de managment intégré vers un managment par la qualité totale***, www.allquality.org.

111. Bernard CLEMENT, PRINCIPES DU MAAGEMENT E LA QUALITE? www.cours.polymtl.ca.

112. ***Cadre hospitalier et management,*** http://membres.lycos.fr/papidoc/36AnnuaireManagt.htm, le 12/08/2007 .

113. ***Démarche Qualité - Qualité des soins***, http://www.infirmier-general.com/qualite.htm.

114. Ghada El-Khoury, **CERTIFICATION, ACCRÉDITATION QUELLE DIFFÉRENCE?** http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004.

الملاحق

الملحق رقم (05): الاستمارة الموجهة للموظفين

الجمهوريــة الجزائريــة الديمقراطيــة الشعبيــة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعــة محمــد خيضر - بسكرة

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير

قسم العلوم الاقتصادية

إستمارة بحث

تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية

دراسة حالة : مستشفى بشير بن ناصر - بسكرة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية

تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة

من أجل معرفة مستوى الجودة المقدم في مستشفى بشير بن ناصر ومدى تأثير إدارة التغيير على هذا الجودة، قمنا بإعداد هذا الاستمارة والغرض منها هو الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، والذي يعتمد على مدى مساهمتكم ومساعدتكم في الاجابة بكل موضوعية على جميع الاسئلة بوضع علامة X على الاجابة المختارة.

وأتعهد لكم أن إجابتكم ستكون محل عناية وسرية كاملين، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

ولكم مني كل الشكر والتقدير

إعداد الطالبة:

نادية شريف

إشراف الدكتور:

ميلود تومي

السùùùùùùن: ....

المستوă التعليمي: ....

عدد سنوات العمل: ....

1- هل تعتقد أن الجودة في الخدمة الصحية تعني:

-تقديم خدمة صحيحùùة من أول مرة ☐

- خدمات ترضي المستفيدين(المرضى) ☐

- الأداء الجيد للعمùùùùùùùال ☐

-التزام الجميع بالتعليمات والٳجراءات ☐

- وجود أطباء يوثق فيهùùùùùم ☐

2- هل تعتقد أن مستوă جودة الخدمة الذي يقدمه المستشفى يستطيع أن ينافΣ به المؤسسات الأخرăþ

نعم ☐ لا ☐

3- هل تعتقد أن مستوă الخدمة الحالي يحتاΙΙ إلى تحسينþ

نعم ☐ لا ☐

4- هل تعتقد أن عوائق الوصول إلى خدمة عالية الجودة هوþ

-عدم وجود معايير محددة للجودة ☐

- النقص في الموارد اللازمùùة ☐

- النقص في الكفاءات المٳهنية ☐

- عدم التùùùùùùùزام الٳدارة ☐

- ضعف الرقابة على أداء الخدمات ☐

- عوائق أخرă أذكرها ....

5-من المسؤول على تحسين جودة الخدماتþ

الٳدارة ☐ الهيئة الطبية ☐ باقي المستخدمين ☐ اشتراΙΙ جميع المستويات ☐

6- من أين تنشأ أفكار التغييرþ

من المستويات العليا ☐ من المستوă التنفيذي ☐ اشتراΙΙ جميع المستويات ☐

7- هل تقوم بطرθ أفكارΙΙ على رئيسΙΙ المباشرþ

دائما ☐ أحيانا ☐ ولا مرة ☐

8-إذا كانت الإجابة بـ دائما أو أحيانا، هل تؤخذ بعين الاعتبار؟

دائما □ أحيانا □ ولا مرة □

9- هل أنت راض عن مستوى الخدمات التي تقدمها؟

راض تماما □ راض نوعا ما □ غير راض □

10- ماهي المشاكل التي تؤثر سلبا على أدائك؟

- تدني الراتب الشهري □
- قلة المكافآت □
- طول ساعات العمل □
- إلزامك بالعمل في مناوبات ليلية □
- مشاكل في علاقتك مع زملائك □
- التوزيع غير العادل في واجبات العمل بينك وبين زملائك
- أخرى أذكرها ....

11- ماهي دواعي تحسين أدائك؟

الرغبة في التغيير □ حب المهنة □ تطوير الخدمة □

الرغبة في الترقية والتحفيز أوامر من الإدارة

12- هل تلقيت تدريبا خلال سنوات عملك؟

نعم □ لا □

13- إذا كانت الإجابة بـ نعم، ماهو نوع هذا التدريب؟

دورات تكوينية □ أيام دراسية □

أنواع أخرى أذكرها ....

14-وهل أدى هذا التدريب إلى تحسين أدائك؟

كثيرا □ قليلا □ لم يحسن □

15-هل اطلعت على أسلوب إدارة الجودة الشاملة؟

نعم □ لا □

16-إذا كان نعم، هل تم تطبيق هذا الأسلوب كتغيير شامل لتحسين الخدمات؟

نعم □ لا □

17- هل يساهم المرضى باعطاء أفكار عن التغيير؟

دائما ☐ أحيانا ☐ ولا مرة ☐

18- في حالة الاجابة بدائما أو أحيانا، ماهي؟

....

19-ماهي اجراءات قياس رضى المرضى؟

سجلات الاقتراحات ☐ رصد الشكاوى المقدمة منهم ☐ سؤالهم بشكل مباشر ☐

20- هل سبب تفضيل المرضى للمستشفى على العيادات الخاصة هو؟

التكلفة ☐ جودة الخدمة ☐ التكلفة والجودة معا ☐

أسباب أخرى أذكرها ....

21- هل تعتبر أن النظام التعاقدي أسلوب مناسب لاستمرار المؤسسات الصحية في نشاطها؟

نعم ☐ لا ☐

22-هل تعتقد أن تطبيق هذا النظام في مؤسستكم سيؤدي الى تحسين مستوى خدماتها؟

نعم ☐ ربما ☐ لا ☐

23- حسب اعتقادك ماهي عوائق تطبيق هذا النظام في مؤسستكم؟

....

24- هل تحس بدرجة المقاومة للتغييرات الحاصلة؟

دائما ☐ أحيانا ☐ ولا مرة ☐

25- إذا كانت الاجابة بدائما أو أحيانا، من هم الأطراف الأكثر مقاومة للتغيير؟

الهيئة الطبية ☐ باقي العاملين ☐ المرضى ☐

26- وفيما تتمثل أشكال المقاومة؟

إضراب عن العمل ☐ التسبب في الفوضى ☐ طلب التحويل ☐

خروج المرضى بدون إذن ☐ شكاوى رسمية من طرف المرضى ☐

أشكال أخرى ....

هل تؤثر هذه المقاومة على مستوى تقديم الخدمات؟

دائما ☐ أحيانا ☐ لا تؤثر ☐

الملحق رقم (06): الاستمارة المقدمة للمرضى

الجمهوريـــة الجزائريـــة الديمقراطيـــة الشعبيـــة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعــة محمــد خيضر - بسكرة

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير

قسم العلوم الاقتصادية

إستمارة بحث

تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية

دراسة حالة : مستشفى بشير بن ناصر - بسكرة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية

تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة

من أجل معرفة مستوى الجودة المقدم في مستشفى بشير بن ناصر ومدى تأثير إدارة التغيير على هذا الجودة، قمنا بإعداد هذا الاستمارة والغرض منها هو الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، والذي يعتمد على مدى مساهمتكم ومساعدتكم في الاجابة بكل موضوعية على جميع الاسئلة بوضع علامة X على الاجابة المختارة.

وأتعهد لكم أن إجابتكم ستكون محل عناية وسرية كاملين، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

ولكم مني كل الشكر والتقدير

إعداد الطالبة:

نادية شريف

إشراف الدكتور:

ميلود تومي

المستوى المعيشي: جيد ☐ متوسط ☐ فقير ☐

عدد مرات التردد على المستشفى: 1-2 مرة ☐ 2-5 مرة ☐ أكثر من 5 مرات ☐

إقرأ العبارات وقم بوضع علامة X في الخانة المناسبة لتقييمها

العبارة	معارض تماما	معارض	غير متأكد	موافق	موافق تماما
1-جاذبية المباني والتسهيلات المادية الأخرى للمستشفى					
2-وجود عاملين وأطباء على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر					
3-ملاءمة التصميم والتنظيم الداخلي للمستشفى					
4-الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة					
5-الدقة وعدم الأخطاء في تقديم الخدمة الصحية					
6-توجد ثقة في الأطباء والأخصائيين والعاملين في المستشفى					
7-توفر التخصصات					
8-مدى الحرص على تقديم الخدمة الطبية بشكل جيد في المقام الأول					
9-إخبار المريض عن حالته الصحية أولا بأول					
10-إخبار المريض بالوقت الصحيح لتأدية الخدمة					
11-الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال					
12-وجود عاملين مهتمين ومستعدين دائما لتلبية طلبات المرضى					
13-الرد الفوري على الشكاوى والاستفسارات					

14-الشعور بالأمان في التعامل مع العاملين والأطباء					
15-وجود عاملين يتحلون بالحس الإنساني واللباقة					
16-توفر المعارف لدى العاملين للإجابة عن أي سؤال					
17-يتم استمرارية متابعة حالة المريض					
18-هناك سرية للمعلومات الخاصة بالمريض					
19-وجود اهتمام شخصي بالمريض					
20-يتم تفهم احتياجات المريض					
21-يتم تقدير ظروف المريض والتعاطف معه					
22-وجود الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض					
23-ملاءمة أوقات عمل المستشفى والوقت المخصص لخدمة المريض					